

QUEDA DE IDOSOS: DESVELANDO SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

FALL OF ELDERLY: REVEALING VULNERABILITY SITUATIONS

CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR: EXPONRIENDO SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

Adriana Remião Luzardo ¹
Newton Ferreira de Paula Júnior ²
Marcelo Medeiros ³
Livia Santana Barbosa Lima ⁴
Paula Carolina Bejo Wolkers ⁵
Sílvia Maria Azevedo dos Santos ⁶

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Chapecó, SC – Brasil.

² Enfermeiro. Doutorando. Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Hospital das Clínicas, Departamento de Enfermagem. Uberlândia, MG – Brasil

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular. Universidade Federal de Goiás – UFG, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Goiânia, GO – Brasil.

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. UFU, Hospital das Clínicas, Departamento de Enfermagem. Uberlândia, MG – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora. UFU, Hospital das Clínicas, Ambulatório de Pediatria, Departamento de Enfermagem. Uberlândia, MG – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Florianópolis, SC- Brasil.

Autor Correspondente: Newton Ferreira De Paula Júnior. E-mail: newtonenfe@gmail.com
Submetido em: 04/02/2017 Aprovado em: 06/07/2017

RESUMO

O envelhecimento populacional tem impactado nas situações de vulnerabilidade a que os idosos estão expostos. No âmbito dos agravos externos, encontra-se a queda como evento acidental e multifatorial, de relevante preocupação tanto nas áreas da saúde, quanto social, pois proporcional ao aumento da população idosa encontram-se as situações dos cenários de vulnerabilidade. **Objetivo:** desvelar as situações de vulnerabilidade relatadas por idosos e cuidadores em um hospital público em uma capital no sul do Brasil. **Metodologia:** pesquisa descritiva, qualitativa, com 16 idosos. Utilizou-se análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** evidenciou-se o eixo temático queda, com quatro categorias: como foi a queda; primeiro atendimento e hospitalização; causalidade da queda; significados e sentimentos provocados pela queda. A vulnerabilidade individual desvelou-se pelas comorbidades do idoso. A vulnerabilidade institucional revelou-se na hospitalização e nos significados da queda, alertando para o medo de cair, o sentimento de culpa, a incapacidade, a perda de autonomia, a dor e o desconforto. **Conclusão:** observa-se a relevância das estratégias preventivas nas dimensões da vulnerabilidade, ampliando o olhar na atenção ao idoso. Tais estratégias poderão levar a um mapeamento do itinerário da queda de cada idoso hospitalizado, diagnosticando suas necessidades para assim prestar assistência qualificada, por meio de uma prática clínica eficiente.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Saúde do Idoso; Risco; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

The aging of the population has impacted the situations of vulnerability to which the elderly are exposed. In the context of external aggravations, there is the fall as an accidental and multifactorial event, of great concern in both health and social areas, as proportional to the increase in the elderly population, are the situations of vulnerability scenarios. Objective: to reveal the vulnerability situations reported by elderly and caregivers in a public hospital in a capital city in southern Brazil. Methodology: descriptive, qualitative research, with 16 elderly. We used Bardin's Content Analysis. Results: the thematic axis Queda was evidenced, with four categories: How was the Fall; First Service and Hospitalization; Causality of the Fall; Meanings and Feelings Caused by the Fall. Individual vulnerability was revealed by the comorbidities of the elderly. Institutional vulnerability revealed itself in hospitalization and the meanings of the fall, warning of fear of falling, guilt, disability, loss of autonomy, pain and discomfort. Conclusion: the relevance of preventive strategies in the dimensions of vulnerability is observed, increasing the attention given to the elderly. Such strategies may lead to a mapping of the fall itinerary of each hospitalized elderly person, diagnosing their needs in order to provide qualified care through an efficient clinical practice.

Keywords: Accidental Falls; Health of the Elderly; Risk; Health Vulnerability.

Como citar este artigo:

Luzardo AR, Paula Júnior NF, Medeiros M, Lima LSB, Wolkers PCB, Santos SMA. Queda de idosos: desvelando situações de vulnerabilidade. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1025. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170035

RESUMEN

El envejecimiento de la población ha impactado en las situaciones de vulnerabilidad a las que están expuestos los adultos mayores. Entre las lesiones externas, las caídas son eventos accidentales y multifactoriales sumamente preocupantes, tanto para las áreas de la salud como en lo social, ya que las situaciones de vulnerabilidad aumentan proporcionalmente al aumento de la población de adultos mayores. Objetivo: mostrar las situaciones de vulnerabilidad relatadas por adultos mayores y cuidadores en un hospital público de una capital del sur de Brasil. Metodología: investigación descriptiva y cualitativa realizada con 16 adultos mayores. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin. Resultados: del tema principal, la caída, se establecieron cuatro categorías: cómo ocurrió la caída; primeros socorros y hospitalización; causa de la caída y significados y sentimientos provocados por la caída. La vulnerabilidad individual quedó expuesta por las comorbilidades del adulto mayor. La vulnerabilidad institucional se reveló en la hospitalización y en los significados de la caída, mostrando el miedo de caerse, el sentimiento de culpa, la incapacidad, la pérdida de autonomía, el dolor y el malestar. Conclusión: se observa la importancia de las estrategias preventivas en las dimensiones de la vulnerabilidad, fijando el foco en la atención del adulto mayor. Tales estrategias podrían trazar el itinerario de la caída de cada una de estas personas hospitalizadas para elaborar el diagnóstico de sus necesidades a fin de brindar atención de calidad a través de la práctica clínica eficiente.

Palabras clave: Accidentes por Caídas; Salud del Anciano; Riesgo; Vulnerabilidad en Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem impactado nas situações de vulnerabilidade a que os idosos estão expostos. As circunstâncias adjacentes ao envelhecimento pressupõem fragilidades que potencialmente podem se efetivar pela presença de suscetibilidades presentes no contexto de vida das pessoas.

No âmbito dos agravos encontra-se a queda como fenômeno accidental. Esse é um evento multifatorial e que ocorre pelo contato não intencional com a superfície em que há deslocamento do corpo de um nível a outro, inferior àquele da posição inicial.¹

A queda emerge como tema de relevante preocupação para a área da saúde e para a sociedade, pois com o aumento da população idosa multiplicam-se as situações oriundas de um cenário de vulnerabilidade. A vulnerabilidade no universo da pessoa idosa tem sido associada, muitas vezes, ao conceito de fragilidade, uma vez que a fragilidade constitui-se como uma síndrome multidimensional que resulta de complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.²

A ocorrência de queda em idosos está diretamente ligada a fatores de risco, os quais podem dividir-se em intrínsecos (relacionados ao idoso) e extrínsecos (relacionados ao ambiente). Os fatores intrínsecos englobam alterações fisiológicas, doenças, fatores psicológicos e reações a medicamentos. Os fatores extrínsecos referem-se aos riscos comportamentais e ambientais no domicílio e fora dele.³⁻⁵

O conceito de vulnerabilidade, observado por meio dessas dimensões, é abrangente e envolve aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. As três dimensões de vulnerabilidade expressam-se pela **dimensão biológica/individual**, que traduzem os comportamentos pessoais de autocuidado; **social**, que são as situações sociais vividas que interferem nas condições de saúde; e, **institucional/programática**, que representa o compromisso e ações das instituições que afetam a saúde das pessoas.⁶

Entende-se como relevante evidenciar a dimensão subjetiva da vulnerabilidade, uma vez que existem espaços de investigação a serem preenchidos quanto à análise dos aspectos do envelhecimento com as situações de vulnerabilidade da pessoa idosa, de um ponto de vista que ultrapasse os aspectos clínicos. Assim, o objetivo deste estudo foi desvelar as situações de vulnerabilidade, relatadas por idosos e cuidadores, em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo descritivo com abordagem qualitativa, que respeitou as diferentes formas de pensar que emergiram dos conteúdos manifestados, tendo como cenário de coleta dos dados o Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis-SC, no período de outubro a dezembro de 2014.

Idosos e cuidadores foram convidados a fazer parte da pesquisa e foram informados quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, respondendo a um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração de 40 a 60 minutos, sendo transcritas na íntegra para preservar o sentido das falas.

Os critérios de inclusão envolveram pessoas com 60 anos e mais internadas por motivo de queda e que aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como cuidadores que fossem melhores respondentes diante de alguma impossibilidade da pessoa idosa, a exemplo de confusão mental, déficit cognitivo, coma e interação em área de isolamento.

No sentido de preservar o anonimato dos participantes foram utilizados códigos constituídos de letras e números, identificando idosos pela letra "I" e números de 1 a 8 (I1, I2, I3...I8), como da mesma forma se utilizou "C" para cuidador, seguindo a mesma numeração (C1, C2, C3...C8).

A análise dos dados seguiu o processo de análise de conteúdo, de acordo com Bardin⁷, por meio de três etapas: a) pré-

-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise foi a etapa de organização do material, operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Correspondeu à fase em que os conteúdos transcritos foram organizados em registros eletrônicos e submetidos à leitura flutuante, tornando o conteúdo das mensagens mais claro. Nessa etapa foram realizadas as marcações nos textos transcritos, identificando categorias nativas e núcleos de sentido.

A exploração do material foi a fase em que as decisões tomadas na pré-análise efetivaram-se. As informações em comum oriundas das entrevistas lançaram as bases para a posterior categorização. Seguiu-se com a extração dos núcleos de sentido e categorias nativas para um segundo documento eletrônico.

A terceira etapa efetivou-se pelo tratamento dos resultados obtidos e a interpretação das unidades de significado dos conteúdos manifestados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob número de protocolo 748.950, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (CEP/HGCR), por meio do protocolo 2014/00017, os quais seguiram as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com 16 participantes, entre os quais oito eram idosos e oito eram cuidadores. Os idosos entrevistados tinham idade entre 60 e 84 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (seis). A metade do grupo de idosos era casada e a outra metade era viúva. Seis idosos eram aposentados, dois por invalidez, sendo que um deles era cadeirante. Uma das idosas era do lar e a outra trabalhava no próprio domicílio como marceneira.

O grupo de cuidadores era todo constituído por mulheres e somente uma era solteira. As cuidadoras tinham idades entre 28 e 65 anos. A maioria das cuidadoras mantinha ocupações relacionadas ao lar e à atividade de cuidado com o idoso. Duas cuidadoras mantinham atividades fora de casa com vínculo empregatício, uma auditora e a outra era cuidadora de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Das falas dos participantes surgiu o eixo temático **queda**, em torno do qual se organizaram quatro categorias, a saber: como foi a queda; primeiro atendimento e hospitalização; causalidade da queda; significados e sentimentos provocados pela queda.

Na categoria **como foi a queda**, os participantes descreveram o cenário da queda, revelando os pontos de risco e vulnerabilidade, bem como os fatores intrínsecos e extrínsecos a que o idoso esteve exposto. A fala da cuidadora e filha (C5) descre-

ve como foi para ela a queda de seu pai, ocorrida por escorregão no banheiro:

Ele caiu dentro do banheiro. Escorregou. Ele tomava banho sozinho [...] Ele usava uma sandália para tomar banho, dentro do box [...] Nesse dia ele tirou a sandália antes de sair do box [...] acho que por isso ele escorregou. Quando nós abrimos o banheiro ele estava no chão sem a sandália [...] percebi que ele a tirou [...] Nunca ia imaginar que isso poderia acontecer com ele (C5).

Esse idoso apresentava doença de Alzheimer e diabetes mellitus, segundo relato da filha e confirmação da equipe de enfermagem durante a internação. Sua hospitalização ocorreu após constatação de fratura do fêmur pela queda, necessidade de cirurgia, além de broncoaspiração por vômito, provocado por intensa crise de dor no pós-queda imediato.

Numa perspectiva ampliada, busca-se relacionar os fatores de risco da queda à noção de vulnerabilidade. No caso relatado, pontos de vulnerabilidade coexistiam naquele ambiente doméstico, exemplificados pela condição de saúde atual do idoso, diante de déficit cognitivo e risco de hipoglicemia, traduzindo vulnerabilidade biológica/ individual. Além disso, pontos de vulnerabilidade social também foram observados pela presença de riscos ambientais, como a utilização de calçado inapropriado, piso e ausência de barras de proteção. O núcleo familiar é outra questão fundamental, sendo o apoio que o idoso necessitava para realizar atividades rotineiras, como tomar banho, uma vez que possuía um quadro demencial. Nesse contexto, o acesso às informações e aos recursos disponíveis para promover o bem-estar do idoso é outro aspecto relevante da vulnerabilidade social, em que a rede de apoio necessita de informações e conhecimento para de fato conseguir apoiar e cuidar desse idoso.⁹

O cotidiano doméstico e a postura de exposição ao risco foram determinantes na queda da idosa I4, a qual evoluiu para fratura de fêmur e úmero, hospitalização, cirurgia e imobilidade por tempo indeterminado, devido às características da lesão:

[...] estava fazendo comida e utilizo uma escada para pegar os temperos na minha horta suspensa [...] Para dar um melhor apoio [...] coloquei três lajotas sob o pé da escada, devido ao terreno ser irregular [...] aí a escada cedeu e eu cá [...] mas eu não estava tão alta não [...] (I4).

Estudo de revisão bibliográfica analisou as produções científicas nacionais sobre fatores de risco extrínsecos a quedas em idosos. Os estudos selecionados revelaram que no ambiente doméstico as escadarias, o quarto, a sala e o banheiro são os locais onde os idosos mais caem, seja por escorregão, tropeção ou por subir em objetos; pela existência de tapetes, pouca

luminosidade, falta de barras no banheiro, inadequada utilização de bengala, andador e cadeiras de roda [...], além da utilização de calçados inadequados. Deve-se levar em consideração o ambiente doméstico como um todo, pois os obstáculos são variados e necessitam de monitoramento quanto aos elementos de vulnerabilidade específicos para cada idoso.¹⁰

Manter objetos em casa, como tapete, pode representar obstáculo à mobilidade do idoso em seu domicílio, sendo um fator de risco ambiental para o evento queda. Durante a entrevista a idosa demonstrou grande tristeza por ter experienciado a queda, além de sentimento de revolta e culpa por ter tropeçado no próprio tapete, repetindo várias vezes seu descontentamento durante a entrevista:

[...] eu fui muito burra! Muito burra por não ter tirado o tapete dali [...] agora vou tirar tudo [...] não vai ficar nada e quero sair dessa casa porque tá cheio de coisa aqui para me fazer cair! (I7).

Situações de vulnerabilidade de queda por tropeço em tapetes e outros obstáculos no domicílio foram evidenciados no estudo de Lopes,¹¹ que realizou entrevistas semiestruturadas com 20 participantes. Os resultados mostraram que 55% os idosos entrevistados haviam caído nos últimos 10 anos. A maior parte das quedas ocorreu por escorregão dentro de casa, em geral na cozinha e no banheiro, além de tropeços em tapetes ou em objetos no chão e esbarrão nos móveis. Outras quedas ocorreram no quintal.

O risco de queda está presente no ambiente doméstico, mas também fora dele. Conforme os depoimentos, percebeu-se que o ambiente externo ao domicílio apresentou importantes fatores de risco e vulnerabilidade social e institucional:

A queda em si foi quando ele estava na rua. [...] Ele almoçou e estava indo para o serviço [...], informações dadas pelo SAMU é de que ele havia batido com a cabeça em uma daquelas tampas de ferro da rua [...] A glicemia dele estava em 54, não acredito que tenha sido por causa da glicemia! Ele pode ter tido uma tontura, pode ter tropeçado no próprio pé (C1).

Eu caí ao descer do ônibus. [...] era de noite [...] não vi [...], “perdi o pé” no último degrau, e foi quando fui colocar o pé no chão [...] bobeira [...] a gente perde o equilíbrio. O pior foi que eu caí em cima do pé. Meu pé torceu e aí não conseguia me levantar (I5).

Os fatores de risco das quedas de idosos no domicílio e fora dele não permitem total gerenciamento dos serviços e dos profissionais de saúde. Dessa forma, a vulnerabilidade social aproxima-se dos fatores de risco, chamando a atenção que

estão vulneráveis o idoso e sua família que não têm acesso às informações, aos recursos físicos e estruturais adequados às necessidades da pessoa.⁹

A vulnerabilidade institucional/programática são as ações de programas nacionais, regionais ou locais para prevenir quedas e oferecer cuidado ao idoso. Essa dimensão de vulnerabilidade também orienta ações educativas que dizem respeito ao empoderamento dos sujeitos.⁹

Após sofrer uma queda, na maioria das vezes, o idoso necessitará de algum tipo de atendimento e, dependendo do grau de complexidade, haverá a necessidade de atendimento de urgência e hospitalização. Tal necessidade foi relatada por idosos e cuidadores, conforme evidenciado na categoria **primeiro atendimento e hospitalização**.

Nessa categoria foi possível analisar nos relatos dos participantes o significado atribuído ao primeiro atendimento recebido pelo idoso, em casa ou na rua ou em sua experiência de hospitalização, conforme declararam as participantes C2 e I4:

[...] ligamos para o SAMU e o enfermeiro que a examinou disse que tinha 90% de chance de ter quebrado o fêmur. [...] chegou aqui no hospital e foi isso mesmo [...] foi constatada a fratura de fêmur. Foi tudo muito rápido. (C2)

O socorro foi bem rápido, os vizinhos chamaram os bombeiros [...] me levaram direto na UPA e lá fizeram o primeiro atendimento. Quando o médico puxou a minha perna [...] que dor [...] Eu pedi para dar uma anestesia [...] o médico disse que não havia tempo [...] era necessário colocar o osso no lugar devido à obstrução da artéria com risco de perder a perna (I4).

Emergiram conteúdos acerca da percepção de idosos e cuidadores sobre as experiências vivenciadas durante a hospitalização, exemplificadas pela fala da participante I1.

Depois do acidente [...] desse período aqui no hospital [...] fiquei muito estressada, me sinto mal [...]. Estou tomando remédio para o estresse. [...] essa “amitriptilina” [...] e já estou até tomando o “diazepan” do marido [...] (I1).

A I3 relacionou seu desconforto em relação à hospitalização, principalmente à interrupção da sua rotina alimentar e à necessidade de adaptar-se às normas alimentares da instituição, que naquele momento não oferecia a opção de dieta mais próxima da que a idosa tinha cotidianamente:

Estou é enjoada, chateada [...] não estou me sentindo bem nesse hospital. [...] não posso fazer nada, me

sinto presa, triste [...] não estou comendo direito [...] essa comida daqui não dá pra mim [...] minha comida é toda natural (I3).

Percebe-se a vulnerabilidade institucional do idoso hospitalizado ao ter que se adaptar ao funcionamento de um serviço que não prevê as necessidades da população envelhecida, especialmente porque *“a internação hospitalar pode ser considerada um fator de desestruturação físico-emocional para a pessoa idosa, uma vez que as interações ocorrem num vínculo estabelecido por força situacional e estrutural”*.¹²

A cuidadora C5 demonstrou grande ansiedade e pesar pela hospitalização de seu pai:

[...] ele tem que estar amarrado para não mexer na sonda [...] Foi um sofrimento colocar esta sonda e quando ela saiu fora eles tiveram que recolocá-la [...] não imagina o sofrimento que foi para ele [...] Ele gritou, xingou [...] falou mal de todo mundo! Foi muito difícil [...] “Não sei por que ele grita tanto, parece que é dor, mas disseram que é pela doença [...] me disseram que se é da doença então não precisa de remédio para dor [...] não sei não [...]” (C5).

A cuidadora C5 demonstrou forte mobilização emocional durante a entrevista, motivada pela dúvida que tinha se o idoso gritava pela agitação ou por estar sentindo dor, situação que para ela não estava bem explicada.

Realizar cuidados em internação hospitalar em idosos com demência representa, muitas vezes, uma situação altamente desafiadora para a equipe multiprofissional e estressante para o cuidador que acompanha o idoso nesse momento. O estado de desorientação a que o idoso está sujeito, além das manifestações psiquiátricas que podem estar presentes, transforma a situação de internação e as rotinas hospitalares em uma experiência dolorosa para todos os envolvidos. A estrutura hospitalar tem como objetivo recuperar a saúde do idoso, além de possuir normas, rotinas e procedimentos que nem sempre são flexibilizados e que estão centrados na resolutividade. Dessa forma, essas padronizações conectam o idoso ao domínio da instituição, não deixando espaço para a personalização do cuidado.¹²

Mudanças programáticas/ institucionais poderiam dar conta de promover um cuidado integral ao idoso ao conhecer-se o seu perfil de morbidade, além de evitar comprometer a capacidade funcional. Cabe à equipe multiprofissional e equipe de gerenciamento do serviço planejar e programar assistência que previna complicações dos agravos que levaram à hospitalização, além de planejar estratégias no cuidado após alta hospitalar.¹³

A partir disso, surgiu a categoria **causalidade da queda** em que os participantes identificaram as razões pelas quais os

idosos caíram, os motivos e as circunstâncias em que a queda ocorreu. Essa temática explicitou a relação entre uma condição de exposição ao risco vivida pelo idoso e a queda como desdobramento ou consequência dessa situação.

Nas falas das participantes, a relação de causa e efeito teve explicação na condição de saúde atual, centrada na doença que cada idoso apresentava, como diabetes *mellitus*, demência, cardiopatia e os desdobramentos oriundos dessas enfermidades.

[...] acredito que a queda tenha sido por causa da hipoglicemia (C3).

[...] a queda dela foi provocada por tontura [...] Ela caiu de lado em cima do fêmur direito (C4).

A causalidade para as participantes C3 e C4 expressou-se mais evidentemente pela associação das quedas aos sintomas como hipoglicemia e tontura.

A causalidade converge para fatores de risco, expressando vulnerabilidade individual, social ou programática, nem sempre sendo possível isolar uma única causa. Mas os efeitos são diretamente percebidos, como as lesões, fraturas, cirurgias, incapacidade e óbito.^{9,10,14}

Assim, é fundamental que se identifique os pontos de vulnerabilidade individual, percebendo de que forma é possível contribuir para ampliar o potencial de prevenção ao agravo. Para tanto, o profissional de saúde deve estar capacitado e assim poderá, inclusive, atuar nos três níveis de prevenção. A prevenção primária poderá ocorrer pela avaliação do idoso em visita domiciliar, bem como durante os processos educativos, para reforço do autocuidado. Na prevenção secundária uma avaliação mais detalhada é importante, visto que muitas vezes surgem casos de quedas recorrentes associadas a problemas de saúde que necessitam de acompanhamento sistemático. Na prevenção terciária, em ambiente hospitalar, por exemplo, deve-se alertar o idoso, seu cuidador e familiares para os possíveis riscos de quedas.¹⁵

No contexto hospitalar identifica-se a vulnerabilidade institucional a que o idoso está exposto, que pode se sobrepor à vulnerabilidade biológica/individual, culminando muitas vezes em queda dentro do ambiente hospitalar. Estão presentes nesse cenário a falta de informação e a interação dos profissionais com os cuidadores e idosos, o que reforça a vulnerabilidade.⁹ Assim, medidas de proteção e segurança da pessoa idosa devem ser adotadas, buscando a preservação da integridade física e mental, prevenindo desfechos desfavoráveis e muitas vezes fatais.

Observando o depoimento da cuidadora C6, percebe-se o contexto de vulnerabilidade a que sua mãe esteve exposta durante o processo de hospitalização em duas instituições, a

primeira em que a queda ocorreu e a segunda que foi cenário deste estudo.

Ela foi internada para averiguar uma possível pedra na região do abdome, em outra instituição [...] não aqui. Eu a trouxe para cá depois que ela caiu lá [...] Agora [...] nesse hospital estou atenta para que isso não aconteça novamente. Já me disseram que o caso dela não é bom, mas também não dizem muito mais que isso [...] Ela tem demência [...] fica confusa [...] mas não sei bem se ela está entendendo o que está acontecendo [...] não sei o que é da doença e o que é consequência da queda (C6).

Levar o idoso e seu cuidador a compreender o processo que levou à queda nem sempre é tarefa fácil. Ao mesmo tempo em que eles passam a refletir sobre a causalidade do evento, vão atribuindo **sentimentos e significados provocados pela queda**, surgindo assim a categoria seguinte.

Para a cuidadora C4, a queda significou dependência, limitação, pois em sua experiência profissional com frequência assiste a idosos institucionalizados caírem e terem de conviver com os desfechos, além da necessidade de cuidados intensivos pela dependência e incapacidade funcional instalada:

[...] para mim queda "é dependência". [...] já tive idosos que eram independentes e que hoje estão "acamados" devido a uma queda. Eles perdem muito da independência [...] de fazer as coisas na hora que eles querem [...] ficam dependentes de outras pessoas (C4).

A queda dela foi um acidente [...] "queda é uma fatalidade" [...] Ninguém teve culpa [...] Ela se questiona [...] por quê? [...] Por que não ficou sentada esperando a secretária sair do banho [...] por que teve que levantar e ir caminhar sozinha? Ela se arriscou [...] (C7).

É interessante analisar a fala da participante C7 ao mencionar que a queda foi uma fatalidade e que ninguém teve culpa, nem ela nem a idosa. É comum a culpabilização do indivíduo nos espaços de relação de cuidado, muitas vezes pelo sentimento de responsabilidade que perpassa esse cenário.

Os significados das quedas estiveram atrelados a momentos de tensão e sentimento de culpa associados ao momento da queda e à forma como os participantes se viam na cena, sendo a culpa manifestada pelo próprio idoso ou cuidador, assim como pelas pessoas da rede de convívio social.

Nas falas de alguns dos participantes pode-se depreender o senso de responsabilidade de si e do outro, o senso de arrependimento pelo ocorrido, carregado pela reflexão do

que poderia ter sido feito para evitar a queda, a partir de uma atitude individual. O sentimento de culpa aparece como uma manifestação do idoso e do cuidador relacionado ao fato de não terem conseguido evitar o acidente, conforme depoimentos de C8, I8:

Eu me sentia culpada pela queda dela [...] eu achava que ela era responsabilidade minha [...] (C8).

[...] fiquei muito chateado [...] eu mesmo me machucar, porque me cuidava "uma barbaridade". Sinto-me até um pouco culpado [...] porque não devia ter facilitado, devia ter esperado essa perna criar mais força [...] Eu estava forçando [...] fazendo os exercícios (I8).

O idoso que cai, seu cuidador e sua família devem estar atentos aos riscos e vulnerabilidades presentes em seu cotidiano, porém não são os únicos responsáveis pelo seu bem-estar. As instituições e as políticas públicas que orientam diretrizes de saúde também são responsáveis pela manutenção da saúde do idoso.

A situação da queda vivenciada é descrita pelas falas dos participantes como algo insuportável, que traz a sensação desagradável associada aos desfechos da queda, de acordo com as falas das idosas I1 e I7:

[...] na sexta-feira eles colocaram aquele "ferro" e na terça eu fiz a cirurgia [...] que coisa horrível [...] que dor. Esta situação foi horrível [...] eu nunca tinha sido internada (I1).

Estou bastante chateada [...] que situação horrível! Até para falar é ruim. Estou irritada. Não consigo nem me mexer. Dependo do filho para me mudar de lado. Não fico bem nem de um lado, nem de outro. Se me viro tem o curativo, do outro não posso porque me dói também (I7).

A expressão relatada como "situação horrível" está ligada à sensação de dor, desconforto e irritação associadas à própria experimentação das consequências oriundas da queda, como a imobilização e a diminuição da independência e autonomia.

O desconforto pode ser identificado na situação de queda e trauma do idoso, em fraturas, lesões, após a cirurgia e na recuperação em casa. Os serviços de saúde de atenção terciária deveriam seguir critérios específicos para avaliação e alívio da dor em idosos. Segundo Eliopoulos,¹⁶ a dor sem alívio no caso dos idosos pode levar a muitas complicações, como a falta de apetite, desmotivação para comer e beber, limitação da mobilidade para evitar sentir mais dor, além de pneumonia, depressão e desesperança.

O medo de cair novamente e de quedas recorrentes tem sido relatado em várias publicações.¹⁶⁻¹⁸ Estudo exploratório-descritivo realizado com idosos da comunidade teve como objetivo avaliar o medo de quedas e sua correlação com desempenho funcional e cognitivo, no município de Guaxupé-MG. A análise estatística mostrou que 96,43% dos idosos manifestaram preocupação em cair, além da correlação significativa entre o medo de quedas e a dificuldade para realizar atividades de vida diária.¹⁷

A realização de atividades da vida diária passa a ser motivo de preocupação para os idosos pelo medo, o que potencializa riscos e vulnerabilidades. A sensação que fica no idoso após um acidente por queda pode gerar insegurança e a expectativa do que pode vir a ocorrer, situação altamente influenciada pelo medo de novas quedas:

Uma coisa que fica após uma queda e mais ainda quando se teve mais de uma é o medo de cair novamente. Sempre fica aquele medo... expectativa que vai acontecer de novo (12).

Os profissionais de saúde devem estar capacitados para prevenir as quedas junto aos idosos e seus familiares.¹⁸ Políticas públicas devem ser priorizadas no sentido de minimizar as quedas, incentivando a prática de atividade física como forma de prevenção.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o objetivo do estudo tenha sido alcançado, uma vez que se desvelaram as situações de vulnerabilidade de idosos internados em um serviço hospitalar.

Assim, foi possível visualizar a sequência de acontecimentos que envolveram as quedas relatadas. A partir disso, emergiu o eixo temático quedas, que se caracterizou por meio de quatro categorias. As categorias como foi a queda, primeiro atendimento e hospitalização, causalidade da queda, significados e sentimentos provocados pela queda traduziram etapas de um processo vivido pelo idoso, desde a ocorrência do evento até a manifestação dos sentimentos atribuídos a ele.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atuarem nas situações de queda, por meio de recursos físicos e humanos adequados. Os profissionais devem estar capacitados para atender pessoas idosas a partir da identificação das situações de vulnerabilidade do idoso para queda e com isso atuar de forma preventiva.

Como limitações deste estudo podemos referir a impossibilidade de generalização dos dados e o fato de que alguns idosos estavam impossibilitados de serem entrevistados, devido a

limitações neuropsicomotoras, nesse caso o entrevistado foi o cuidador. Além disso, sugerimos a produção de estudos de intervenção para prevenção de quedas que possam ser aplicados na prática clínica e que possibilitem gerenciar a vulnerabilidade.

Observa-se a importância de estratégias preventivas que percebam a vulnerabilidade individual em relação às comorbidades do idoso, como demência e diabetes *mellitus*; a vulnerabilidade institucional sobre os riscos da hospitalização e os significados atribuídos à queda pelos atores envolvidos, alertando para o medo de cair novamente, o sentimento de culpa, a incapacidade, a perda de autonomia, a sensação de dor e desconforto. É inegável a importância dessas estratégias, pelas possibilidades de atuação com olhar ampliado na atenção à saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

1. American Geriatrics Society. Clinical practice guideline: for prevention of falls in older persons. 2010. [citado em 2015 mar. 15]. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/.
2. Mallmann DG, Hammerschmidt KSA, Santos SSC. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012[citado em 2015 abr. 27];15(3):517-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a12>.
3. Santos JS, Valente MJ, Carvalho MA, Kasse CA. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. Rev Equilíbrio Corp Saúde. 2013[citado em 2016 dez. 20];5(2):53-9. Disponível em: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/13>
4. Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2011;20(2):301-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a12v20n2>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Ayres JRJM, Calazans CJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [citado em 2015 abr. 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
8. Rocha L, Budó MLD, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010[citado em 2015 abr. 27];14(4):690-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a06.pdf>.
9. Melo BRS, Santos PRS, Gratão ACM. Fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos: uma revisão bibliográfica. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2014[citado em 2016 dez. 12];6(2):695-703. Disponível em: http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_056.pdf
10. Lopes MCL, Violin MR, Lvagnoli AP, Marcon SS. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. Cogitare Enferm. 2007[citado em 2015 abr. 27];12(4). Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/10073>.

11. Carreta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm.* 2011[citado em 2015 abr. 27];64(5):958-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024
 12. Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010[citado em 2015 abr. 27];12(3):471-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865>.
 13. Antes DL, Dorsi E, Benedetti TRB. Circumstances and consequences of falls among the older adults in Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol.* 2013[citado em 2016 maio 10];16(2):469-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/en_1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf
 14. Ramos CV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT. *Rev Eletrônica Enferm.* 2011[citado em 2016 maio 10];13(4):703-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>.
 15. Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica.* Porto Alegre: Artmed, 2011.
 16. Garcia LCS, Malamant TAB. Avaliação do medo de quedas e sua correlação com o desempenho funcional, cognitivo e alterações do equilíbrio em idosos de comunidade. *Rev Eletrônica Insp Mov Saúde.* 2015[citado em 2016 mar. 15];7(1):6-11. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/novosite/wp-content/uploads/2015/05/avaliacao-do-medo-de-quedas-Artigo_376-2014-2.pdf.
 17. Recanello CG, Reiners AAO, Azevedo RCS, Alexandre RMS, Cegati L. Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. *Rev Enferm UFPE online.* 2015[citado em 2015 maio 10];9(3):7111-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6206/11744>.
 18. Duarte LM, Valentim FCV, Morés G, Borges EC, Côrtes MA. O índice de quedas e o medo de cair em idosos do centro de referência assistência social (CRAS) no município de Barra do Garças (MT). *Interdisciplinar Rev Eletrônica UNIVAR.* 2012[citado em 2016 jan. 18];(8):20-5. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/76>
-