

A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos ¹

The vulnerability of the aged for the falls: analysis of the critical incidents

La vulnerabilidad del anciano para las caídas: análisis de los incidentes críticos

Tatiana Magalhães Silva ^I, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani ^{II}, Adenícia Custódia Silva e Souza ^{II}, Maria do Carmo Silva Lima ^{III}

RESUMO

Estudo exploratório, descritivo, que objetiva caracterizar as situações de quedas em idosos em uma comunidade de Programa de Saúde da Família (PSF) de Goiânia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando-se a técnica de incidente crítico. A análise dos dados foi de forma qualitativa conforme preconizada pela técnica, e de acordo com os elementos que caracterizam o incidente crítico: situação, comportamento e consequência. Participaram 20 idosos na faixa etária de 60 a 86 anos. As situações de queda ocorreram com maior frequência (70%) no ambiente domiciliar, demonstrando a vulnerabilidade do idoso. Os comportamentos mais frequentes foram de independência para o autocuidado, representada por práticas de conhecimento popular. Como consequências prevaleceram: dor, ferimentos e alteração na mobilidade física. Os dados revelam os níveis de exigência crítica necessária para estabelecer planejamento de ação para a prevenção de quedas, no idoso. Cabe à Equipe de Saúde da Família avaliar modos de intervenção na comunidade, a partir do conhecimento dessa realidade, a fim de reduzir este evento de proporções significantes na população idosa.

Palavras chave: Enfermagem; Idoso; Acidentes por quedas; Estudo sobre vulnerabilidade.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study that aims to characterize the situations of falls in aged people in a community of Programa de Saúde da Família (PSF) from Goiânia. The informations were collected by interview, using the technique of critical incident, and analyzed by qualitative form, also according to the technique and to the elements which characterize the critical incident: situation, behavior and consequence. There were 20 elderly between 60 and 86 years old, who had participated of the study. The fall situations

occurred more frequently (70%) at domiciliary circles, demonstrating the vulnerability of the aged in the domicile. The most frequent behaviors were about independence for the self care, represented by the popular knowledge practices. Pain, wound and alterations in physical mobility prevailed as consequences of that. The results informations reveal the levels of critical requirement necessary to establish planning of action to prevent the falls in the aged people. It is up to the Family Health Team to evaluate ways to intervene in the community from the knowledge of this reality in order to reduce this event of significant proportion in aged population.

Key words: Nursing; Elderly; Accidental falls; Vulnerability study.

RESUMEN

Estudio exploratorio y descriptivo com el objetivo de caracterizar las situaciones de caídas entre viejos en una comunidad del Programa de Saúde da Família (PSF) de Goiânia. Las informaciones fueran recolectadas por medio de entrevista, usando la técnica del incidente crítico, y analizadas por la forma cualitativa, también según la técnica y a los elementos que caracterizan el incidente crítico: situación, comportamiento y consecuencia. Hacieran parte de lo estudio 20 viejos com edad entre 60 y 86 años. Las situaciones de la caída ocurrieran más con frecuencia (el 70%) en los círculos domiciliarios, demostrando la vulnerabilidad del envejecidos en el domicilio. Los comportamientos más frecuentes estaban sobre la independencia para el cuidado del uno

¹ Artigo extraído de monografia de final de curso de Graduação em Enfermagem da FEN/UFG

^I Enfermeira Graduada pela Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG)

^{II} Enfermeiras Professoras Doutoradas da Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG

^{III} Enfermeira Técnica Administrativa da Faculdade de Enfermagem/UFG

mismo, representada por las prácticas del conocimiento popular. Como consecuencias prevalecieron: el dolor, la herida y las alteraciones en movilidad física. Los datos divulgan los niveles del requisito crítico necesarios para establecer el planeamiento de la acción para la prevención de caídas en viejos. La equipo de la salud de la familia tiene la obligación de evaluar las maneras de la

intervención en la comunidad, según lo conocimiento de esta realidad, para reducir este acontecimiento de cocientes significativos en la población envejecida.

Palabras clave: Enfermería; Anciano; Accidentes por caídas; Estudio de vulnerabilidad.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, no Brasil e no mundo, nos remete voltarmos a nossa atenção para a saúde desse grupo, bastante susceptível a quedas.

A perda da capacidade funcional é um dos principais problemas que afeta o idoso, levando a diminuição de suas habilidades físicas e mentais necessárias, para a realização de suas atividades de vida diária, as quais envolvem atividades de cuidados pessoais, e atividades instrumentais de vida diária, que requerem tarefas mais complexas do cotidiano ⁽¹⁾.

As quedas podem afetar a capacidade funcional por estar associada a modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento e a diversas patologias.

As principais alterações anatômicas e funcionais, relacionadas com o processo de envelhecimento ligadas à ocorrência de quedas são as alterações na composição e forma do corpo, como a diminuição da estatura, a distribuição centrípeta da gordura corporal, a perda de massa muscular, a diminuição da massa óssea e o declínio nas aptidões psicomotoras, que, em conjunto, podem provocar a instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, em situações de sobrecarga funcional ⁽²⁾.

Os fatores responsáveis pelas quedas podem ser classificados como intrínsecos, ou seja, decorrentes das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento, às doenças e aos efeitos causados pelo uso de fármacos e, extrínsecos, aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais, criando um desafio aos idosos ⁽³⁾.

Envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia é fator para a manutenção da boa qualidade de vida. Autonomia é definida como capacidade de decisão, independência pela capacidade de realizar algo com seus próprios meios. A independência é definida como o estado de quem tem liberdade ou autonomia, de quem se basta e recorre aos seus próprios meios ⁽⁴⁾.

A queda, geralmente, é responsável pelas perdas da autonomia e da independência do idoso, mesmo que por tempo limitado. Suas conseqüências mais comuns são: as fraturas, a imobilidade, a restrição de atividades, o aumento do risco de institucionalização, o declínio da saúde, prejuízos psicológicos, como o medo de sofrer novas quedas, e, também, o risco de morte, além do aumento dos custos com os cuidados de saúde e prejuízos sociais relacionados à família. Um idoso dependente mudará a dinâmica familiar, e terá dificuldade de interação com a comunidade, na qual está inserido ⁽⁵⁾.

Estudo realizado com 50 idosos atendidos em duas unidades de um hospital público verificou que a maioria das quedas ocorreu em idosos do sexo feminino, no próprio lar (66%), e foram relacionadas, principalmente, ao ambiente físico inadequado (54%), seguido por doenças neurológicas (14%) e cardiovasculares (10%). As conseqüências mais freqüentes foram as fraturas (64%) e o aumento de dificuldades e dependência, para realização das atividades da vida diária e instrumentais da vida diária. As atividades mais prejudicadas foram: deitar-se/levantar-se da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho, cuidar de finanças, cortar as unhas dos pés, realizar compras, usar transporte coletivo e subir escadas ⁽³⁾.

A equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), de acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, objetiva ao máximo a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível, como fatores fundamentais de suporte para o seu equilíbrio físico e mental.

A assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso, e depende essencialmente, do suporte informal e familiar ⁽¹⁾. Contudo, existe um descompasso entre a rapidez em que se dá a transição demográfica e as ações de atenção à saúde do idoso, que, no âmbito da atenção pública, hoje, simplesmente, arca com o ônus de situações que poderiam ser prevenidas ⁽⁵⁾.

Visto a complexidade dos acontecimentos que circundam a queda e a ausência de trabalhos sobre este assunto entre os idosos na

comunidade, vê-se a importância de se conhecer e identificar as situações e as conseqüências que envolvem este evento a fim de estabelecer medidas adequadas, para prevenir as quedas.

Portanto, é de extrema relevância conhecer os idosos da comunidade, monitorar aqueles que já sofreram quedas, identificar as situações nas quais elas ocorrem. Caracterizar esta realidade possibilitará às equipes de PSF avaliar modos de intervenção para a prevenção, apoio e recuperação dos idosos vítimas de quedas. Um planejamento baseado nessa realidade permitirá benefícios para os idosos, a família e comunidade.

Esse estudo teve como objetivos caracterizar as situações de quedas em idosos em uma comunidade de PSF de Goiânia-GO e descrever os comportamentos e as conseqüências mais comuns na mobilidade de idosos que passaram por episódios de quedas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, realizado na área de abrangência da equipe 8 do PSF, da Região Leste, do Município de Goiânia (GO).

Foram incluídos na amostra 22 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que sofreram quedas, no período de agosto de 2005 a maio de 2006, e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos ⁽⁶⁾. Foram excluídos os idosos que tiveram quedas, e não apresentaram condições de comunicação verbal inteligível e coerente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade

Federal de Goiás, com título "O Perfil do idoso atendido pelo Programa de Saúde da Família da Região Leste do Município de Goiânia – Goiás".

A identificação dos idosos que sofreram quedas foi a partir dos dados de uma pesquisa realizada, em 2004, sobre o perfil do idoso atendido pelo PSF ⁽⁷⁾. Após a identificação dos sujeitos foram feitas visitas aos idosos com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde da Região, sendo solicitada a participação de cada um, no estudo, após esclarecimento da pesquisa e seus objetivos. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de incidente crítico ⁽⁸⁾. Para tal, utilizamos uma questão norteadora: relate exatamente a situação na qual ocorreu a última queda, o que foi feito e qual foi o resultado.

O instrumento foi previamente testado, para verificar a sua objetividade e pertinência, com relação aos objetivos. Após os ajustes sugeridos, iniciamos a coleta de dados.

Durante as entrevistas ocorridas nos domicílio dos idosos os relatos foram anotados pela entrevistadora, que ao final de cada uma, procedeu a leitura das anotações, para que fossem validadas pelos sujeitos. A coleta de dados foi encerrada, quando houve ausência de novos dados.

A análise dos dados foi realizada de acordo com a Técnica de Incidente Crítico. Imediatamente após a coleta dos dados de cada idoso, estes foram digitados no formato que caracteriza o incidente crítico: situação, comportamento e conseqüências.

Estes dados foram avaliados por dois pesquisadores com experiência na utilização da técnica, no sentido de identificar se os dados relatados pelo sujeito caracterizavam um

incidente crítico. As entrevistas que não preencheram este requisito foram eliminadas.

Analisamos os três componentes que caracterizam o incidente crítico (situação, comportamento e conseqüência). Consideramos situação - o próprio relato do idoso de como ocorreu a queda; comportamento – o que foi feito em relação à queda; e conseqüência - o efeito produzido em decorrência da queda e dos comportamentos adotados.

Para as análises e apresentação dos dados, utilizamos recortes de relatos dos sujeitos, identificados pela letra maiúscula "C", de cliente, seguido do número correspondente a ordem da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 22 idosos em seus ambientes domiciliares, sendo 17 do sexo feminino e 5 do sexo masculino na faixa etária compreendida entre 60 a 86 anos. Apenas dois idosos tinham mais de 80 anos.

Dos 22 entrevistados obtivemos 20 relatos de incidentes críticos, caracterizando as diversas situações de quedas sofridas pelos referidos sujeitos. Após leituras exaustivas, os dados foram categorizados de acordo com as temáticas que caracterizam o incidente crítico. Apresentaremos as percepções dos idosos diante de tais incidentes, considerando as situações, comportamentos e conseqüências.

Situações

As situações de quedas relatadas pelos idosos explicitaram duas categorias de análise: o ambiente domiciliar como cenário de queda e

o ambiente externo de risco. Estas categorias originaram, respectivamente, uma e duas subcategorias, sendo as condições inseguras referente à primeira categoria e o desrespeito da sociedade e a vulnerabilidade do idoso à segunda.

- **O ambiente domiciliar**

O idoso passa a maior parte do seu tempo no domicílio. Este ambiente que pode parecer o mais seguro possível, pela familiaridade, pode tornar-se muitas vezes um ambiente de risco. O indivíduo tem sua prontidão diminuída devido à autoconfiança trazida pelo conhecimento do ambiente em que vive. A atenção também fica reduzida, porque as atividades que desempenha, em seu lar, são costumeiras, desta forma, acidentes que poderiam facilmente ser evitados são causadores da redução da mobilidade ou da capacidade funcional. Muitas situações que eram corriqueiras, em sua juventude, passam a ser perigos iminentes ⁽⁹⁾.

Dentre os diversos perigos ambientais, as quedas se destacam entre os acidentes domésticos (70%) e no ambiente externo (30%), conforme os relatos dos sujeitos. As situações analisadas mostram as condições inseguras vivenciadas pelos idosos nos próprios domicílios.

Condições inseguras

A queda, como um evento multifatorial, deve ter seu foco de prevenção não apenas no ambiente inseguro, mas também nos hábitos e atitudes tomadas pelo idoso que podem representar riscos. Geralmente, os problemas com o ambiente são causados por eventos ocasionais, como mostram as situações:

Estava na cozinha e, vim andando rápido para atender ao telefone que estava tocando, escorreguei no tapete que fica no degrau do corredor para a sala, e caí com o joelho no chão. (C 18)

Há alguns dias, enquanto limpava a casa, escorreguei no chão úmido e caí de lado, batendo o braço direito no chão. (C 12)

Os relatos demonstram situações corriqueiras do cotidiano do idoso, que apesar de ter familiaridade com o ambiente se depara com condições inseguras como degrau, tapete e chão úmido, que propiciam tropeçar, pisar em falso e escorregar. As causas das quedas associadas a fatores extrínsecos serão mais perigosas quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso, principalmente naqueles que apresentam deficiências de equilíbrio e marcha ⁽³⁾.

Os fatores intrínsecos, relacionados ao envelhecimento e ao aparecimento de doenças, a tonteira ocupa papel de destaque, especialmente quando associados a fatores extrínsecos.

Eu estava tomando banho com pressa, sem chinelo, à tarde, quando fui lavar o rosto fechei os olhos para me enxaguar e me senti tonta. O sabão ajudou para que eu caísse. (C 11)

À noite levantei de uma vez, para abrir o portão para o meu neto, me senti tonta, mas continuei indo rápido em direção ao quintal, de chão de terra e desnivelado. Desequilibrei e fui cambaleando até bater a cabeça no portão e cair. (C 5)

Com o avanço da idade e alterações na estrutura e na função do sistema nervoso, os idosos necessitam de mais tempo para responder e reagir a estímulos. Uma redução na síntese e metabolismo dos principais neurotransmissores provoca condução mais lenta dos impulsos nervosos.

Observamos que além da tonteira, condições inseguras como tomar banho sem chinelo e o desnivelamento do solo, no trajeto de locomoção do idoso, contribuíram para as quedas.

Outra situação descrita foi do idoso se colocar em condições de risco para sofrer queda, assim como subir em banquinho para alcançar objeto ou saltar obstáculo:

Estava no quintal de casa e subi em um banquinho, para pegar uma barra de ferro que fica pendurada na madeira do telhado, quando de repente o banquinho virou para um lado e eu caí para o outro... (C 20)

No presente estudo, 85% da amostra sofreram quedas ao realizar atividades rotineiras. Estudo realizado num hospital público, em Ribeirão Preto (SP), corrobora que, geralmente, os idosos não caem por realizarem atividades perigosas e sim as rotineiras ⁽³⁾.

O envelhecimento, em geral, é lento e progressivo, fazendo com que muitos idosos não percebam suas dificuldades a não ser quando estas geraram limitações mais severas. Muitas vezes o idoso se põe em determinadas situações de risco por não perceberem ou negarem suas limitações, diante da atividade realizada ⁽⁹⁾.

... à noite, chovendo, quando fui passar no portão de casa que estava com uma telha de amianto para impedir a entrada da água, preferi saltar a telha. Primeiro saltei um pé e depois o outro, que enganchou na telha e me fez cair sobre a perna. (C 2)

Estava sozinho em casa e fui até o quintal andar de bicicleta, mas não tive controle na hora de virar e caí por cima da bicicleta. (C 13)

Neste último relato, o idoso com dificuldades motoras na perna e braço direito, por seqüelas de um acidente vascular cerebral,

ciente de suas limitações insistiu em realizar esta atividade sozinho, talvez para demonstrar independência.

Os dados revelam situações inseguras vivenciadas pelo idoso que poderiam ser evitadas se houvesse consciência das situações de risco, eliminação de condições inseguras e maior acompanhamento do familiar ou do cuidador.

- **O ambiente externo de risco**

O ambiente externo apresenta menor ocorrência de queda, pelo fato do idoso passar a maior parte de seu tempo no domicílio. O ambiente externo constitui para este indivíduo um local estranho, e que muitas vezes não respeita suas limitações e nem o considera como um cidadão participativo e ativo da sociedade.

Desrespeito da sociedade.

A sociedade costuma ver no idoso um ser dependente, principalmente após a aposentadoria, e considerado como a parcela improdutiva da população. Esta nova situação que pode parecer natural e desejável pode representar a redução da auto-estima e status social. Para outros, no entanto, a aposentadoria é a sonhada oportunidade para o desenvolvimento de atividades que, por muito tempo, estiveram adormecidas ou simplesmente a liberdade há muito desejada ⁽¹⁰⁾. Entretanto, muitos idosos necessitam trabalhar, para complementar a renda familiar.

A entrevista de idosa que mora só, e precisa trabalhar para complementar a renda da aposentadoria, evidenciou a sua exposição à situação de risco:

Estava andando na rua sozinha, empurrando um carrinho pesado. Eu não tinha comido e me senti tonta, aí sentei e derreei. (C 16)

Nota-se a multiplicidade dos fatores que determinam as quedas como os intrínsecos, os extrínsecos, os determinantes sociais e a falta de apoio comunitário ou familiar. Acredita-se que os idosos pertencem a um grupo que tem a sua autonomia comprometida pela falta da renda e/ou de saúde.

Além disso, há um flagrante desrespeito da sociedade com esta população que, muitas vezes, encontra dificuldades relacionadas à estrutura física como calçamentos irregulares, degraus, ausência de corrimãos para apoio, semáforos com tempo inadequado para travessia. Fatores que impedem o idoso de ter uma vida social ativa e independente ⁽⁹⁾.

A vulnerabilidade do idoso

A vulnerabilidade é definida como uma fragilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas com mais de 85 anos ou naquelas jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco ⁽¹¹⁾.

A aumentada vulnerabilidade fisiológica dos idosos não significa que traumas e lesões sejam conseqüências inevitáveis da idade, pois a premissa fundamental da saúde pública de que as causas externas podem ser previsíveis e, portanto, evitáveis vale para todas as idades ⁽¹²⁾. O relato abaixo demonstra uma situação de queda que associou a vulnerabilidade do idoso com capacidade funcional comprometida pelo uso de cadeira de rodas, ao desrespeito da sociedade representado pelo abandono:

...um conhecido me levou até à feira, mas na volta... pensei que o rapaz estava empurrando a cadeira de rodas, quando na verdade estava sozinho. A cadeira pegou embalo na descida da rua, e quando percebi que estava só, brequei a cadeira que tombou me fazendo cair. (C 3)

O idoso que já possui capacidade funcional comprometida ou certa dependência em relação ao outro, muitas vezes, enfrenta o abandono por parte do familiar cuidador que, nem sempre, tem paciência e disponibilidade para acompanhá-lo, em suas atividades.

As principais alterações que podem ter relação direta com a queda são: - visuais - que incluem a diminuição da acuidade visual, do campo visual periférico e superior, lentidão na adaptação do olho ao escuro, diminuição da noção de profundidade e na discriminação de cores; - auditivas - representadas pela redução na habilidade de trazer o centro de massa para dentro da base de sustentação, pelo aumento da latência da resposta do ajuste postural, diminuição da capacidade de selecionar as informações adequadas, quando o ambiente oferece pistas conflitantes ⁽⁹⁾.

Alterações que causam prejuízo: - à locomoção - como as musculares, caracterizadas pela atrofia muscular, diminuição da força, da potência e da flexibilidade; - no sistema conjuntivo - com diminuição da elasticidade e aumento da rigidez articular com diminuição da amplitude de movimentos; - no sistema esquelético - apresentando diminuição da densidade óssea; - no sistema cardiovascular - representado pela redução do volume máximo de oxigênio e da tolerância ao exercício e diminuição da circulação periférica; e - no sistema neurológico - caracterizado pela degeneração

dos nervos periféricos, redução na produção de neurotransmissores e perda progressiva de neurônios ⁽⁹⁾.

As alterações neurológicas podem causar a diminuição fisiológica de algumas funções cognitivas, o que pode representar uma ameaça ao bem-estar e a auto-estima do idoso, comprometendo sua capacidade de adaptação às modificações do meio. As funções intelectuais mais atingidas são a memória, o tempo de reação e a percepção, prejudicando sua capacidade de interação, e interferindo na sua capacidade de adaptação ⁽⁹⁾.

No levantamento realizado, em São Paulo, acerca dos fatores de risco para quedas destacou-se a falta do hábito de leitura. As pessoas que não possuíam o hábito de leitura tiveram maior número de quedas recorrentes. A leitura envolve algumas habilidades cognitivas específicas como atenção e concentração. Alguns autores têm mostrado a importância da função cognitiva, especialmente a atenção, como um fator relevante na manutenção do equilíbrio. Os idosos com risco aumentado de perda de equilíbrio e queda podem não ter condições de alocar recursos cognitivos relacionados à atenção suficientes para o controle postural ⁽⁵⁾, como evidenciado abaixo:

...estava andando com uma amiga, quando virei o pé, desequilibrei, caí de lado e bati o joelho no chão.
(C 17)

Outra situação que pode acometer o idoso é a queda repentina, sem explicação:

... eu estava descendo a rua andando a duas esquinas de casa, quando caí de frente, com a barriga no chão. (C 10)

Tal situação também pode ser verificada num estudo, realizado na cidade do Rio de

Janeiro, no qual aproximadamente metade dos idosos relatou ter caído, enquanto andava. Um quarto da amostra referiu ter escorregado ou tropeçado, sugerindo que a maior parte das quedas não ocorreu devido a acidentes, movimentos bruscos ou imprudências. É evidente a idéia de que as quedas aconteceram por um enfraquecimento ósseo e/ou muscular, ou ainda por um "mal súbito", ou "*drop attack*", apontadas como causas de quedas ⁽¹³⁾. O *drop attack* é um tipo de queda que ocorre sem sinal pré-monitório, produzido por uma perda momentânea da força dos membros inferiores, sem perda da consciência, associado a uma forma particular de insuficiência vértebro-basilar que afeta o idoso por um mecanismo pouco conhecido ⁽¹⁴⁾.

Entretanto, deve-se buscar sempre a compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. O profissional de saúde deve ter conhecimento específico para considerar um envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se, durante esse processo. Os cuidados com a pessoa idosa devem visar o estímulo da independência funcional e da autonomia, o máximo possível, junto aos seus familiares e à comunidade, sempre, respeitando suas limitações.

A estratégia de Saúde da Família, referente à população idosa, aponta para a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, e identificar formas de intervenção, para sua eliminação ou minimização junto aos idosos e sua família.

Comportamentos

Os comportamentos relatados, pelos idosos, após as quedas explicitaram quatro categorias de análise: dependência, silêncio, autocuidado e acesso ao sistema de saúde.

• Dependência

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável, para a realização dos atos elementares da vida. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar, e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados. A família e os amigos são as primeiras fontes de cuidados⁽¹¹⁾.

O comportamento de dependência, nas situações de quedas, foi relatado por 65% dos idosos, no sentido de pedir ajuda a um familiar, amigos ou a pessoas desconhecidas, para se levantarem e para ajudá-los a ter acesso aos serviços de saúde, como evidenciados nos relatos a seguir:

... Não consegui me levantar sozinha, minha irmã me ajudou a deitar no sofá, enquanto esperava um carro para me levar até o CAIS... (C 7)

... Não consegui me levantar sozinho, um rapaz que ia passando me recolocou na cadeira de rodas. (C 3)

O idoso que passa por um evento estressante como a queda não terá, na maioria das vezes, reserva funcional suficiente, para se adaptar a essa nova condição, tendo, portanto, dificuldade para manter sua homeostase e reagir sem auxílio. O familiar ou cuidador que é, geralmente, quem está a maior parte do tempo com ele, e no local onde a maioria das quedas ocorre, é a pessoa que irá atender ao pedido de ajuda do idoso, dependendo de sua necessidade.

• Silêncio

A avaliação das percepções e sentimentos, da pessoa idosa, sobre as alterações em seu

corpo, e sua capacidade de agir, tem relação direta com as percepções e sentimentos da sua família e de outras pessoas marcantes em sua vida⁽¹⁵⁾. A percepção da velhice é um fenômeno pessoal. A referência do ser idoso é no outro, por isso, os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que dão aos seus feitos e aos seus gestos, e tendem a omitir uma situação de queda, pois os expõem a julgamentos⁽¹⁶⁾. Os relatos mostram as justificativas, dos entrevistados, para não comunicarem as quedas:

... não falei nada para minha filha, que estava em casa no momento da queda, pois ela tem hipertensão, e não deve receber fortes emoções... (C 4)

... não falei nada para o meu filho, quando ele chegou, porque fiquei com medo que ele ficasse bravo... (C 19)

O silêncio confirma a intenção de não preocupar ou poupar o cuidador, e, ainda, medo de receber algum tipo de advertência dos familiares.

Observamos que os idosos já se percebem como um peso para o familiar cuidador, que normalmente se encontra em fase ativa da vida e muito atarefado. Por outro lado, o familiar por fazer algo incompatível com a sua idade, acaba por puni-lo com palavras opressoras.

• O autocuidado

O autocuidado baseia-se na orientação à saúde, numa visão holística, onde a prática de atividades é realizada pelo indivíduo em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. É um processo cujas atividades são aprendidas, e que tem relação direta com

as crenças, os hábitos, a cultura e os costumes (17).

A atividade de autocuidado constitui uma habilidade humana que está condicionada à idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, saúde e recursos disponíveis (17), como mostram os comportamentos relatados abaixo:

... esperei a tontura passar, para levantar... (C 16)

... passei arnica no local da batida, e depois furei a bolha formada... (C 8)

... passei água de sal, remédio e gel de arnica... (C 17)

Os comportamentos adotados mostraram a disponibilidade de recursos e os hábitos, assim como a utilização do conhecimento e práticas populares. O conhecimento de significados e práticas, derivados de visões de mundo, dos fatores de estrutura social, dos valores culturais, do contexto ambiental e dos usos da linguagem é essencial, para guiar a enfermagem e as ações, no fornecimento de cuidado cultural coerente (17).

Da mesma forma, as práticas religiosas ou a crença no poder da fé para a cura também representam um tipo de autocuidado, baseado nos valores culturais, como evidencia o relato abaixo:

... fui até uma rezadeira para melhorar... (C 8)

A procura pela benzeção é uma prática ainda freqüente entre idosos que crêem na sua capacidade para resolver os seus problemas físicos. Duarte e Diogo, citando Florence Nigthingale, referem que a espiritualidade é intrínseca à natureza humana, e representa a nossa mais profunda e mais potente fonte de cura. Portanto, práticas espirituais podem e devem ser usadas na assistência e na educação, em enfermagem (9).

Outro comportamento relatado pelos idosos relacionou-se à automedicação:

...passei uma pomada em casa mesmo... (C 20)

...tomei analgésico sempre que tinha dor... (C 10)

A automedicação está entre os principais problemas associados à administração de medicamentos informados pelos Programas de Atendimento Domiciliário. O problema é mais grave quando se avalia as especificidades dos fatores orgânicos alterados no geronte, e que prejudicam a absorção, a distribuição, o metabolismo e a excreção das drogas. Isso se agrava pelas reações adversas e interações medicamentosas de risco aumentado, devido à polimedicação, prática clínica comum, em idosos.

A incidência destas reações indesejadas aumenta proporcionalmente com a idade, sendo que nos indivíduos de 40-50 anos constituem 10% e, naqueles com 80 anos ou mais, representam 25%. No domicílio, os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central e os analgésicos foram responsáveis por aproximadamente 90% das reações (9).

Contudo, o autocuidado é realizado pelo idoso, mas as atitudes tomadas com base nos valores, na cultura e no censo comum nem sempre, são eficazes. O enfermeiro deve compreender a cultura do idoso visando unir conhecimento científico ao popular em benefício da saúde do idoso e da sua capacidade de autocuidar.

- **Acesso ao sistema de saúde**

O Sistema Único de Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, presta assistência básica, e serve como porta de entrada aos hospitais gerais e centros de referência à saúde do idoso, bem como para a

execução das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Dos idosos que sofreram quedas 55% procuraram serviços de saúde. Destes, 30% recorreram à rede básica de atenção à saúde, e 10% tiveram resolutividade, neste serviço, e 20% foram referenciados para os hospitais da rede do SUS, como expressos nas falas:

... do CAIS fui encaminhada para o HC... (C 7)

... no CAIS me ensinaram a fazer curativo todos os dias com SF 0,9% e um óleo... (C 8)

A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, para atuar nos fatores que alteram o equilíbrio, entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde do idoso, em seu sentido mais abrangente.

A Estratégia de Saúde da Família deve apontar para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais, e identificação precoce de suas alterações patológicas, além de alertar a comunidade para os fatores de risco, que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção, para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de pessoas idosas e os membros de sua família.

Consequências

As consequências das quedas geraram três categorias de análise: a mudança de comportamento, os agravos e danos, divididos em físicos e psicoemocionais, e a alteração na mobilidade física.

- **Mudança de comportamento**

A mudança de comportamento, após a queda, foi evidenciada em 35% dos idosos.

Estas alterações comportamentais podem ser consideradas positivas ou negativas, como mostram os exemplos a seguir:

Evito ficar muito tempo em pé. Em situações de risco me seguro em objetos. (C 2)

Deixei de realizar os afazeres domésticos, enquanto me recuperava. Agora só tomo banho de chinelo. (C 4)

Quando fico tonta eu sento. (C 16)

Todos os comportamentos foram adotados como medidas protetoras, após um evento traumatizante como a queda. De acordo com a teoria de Orem, estes são requisitos desenvolvimentais do autocuidado, relacionados as atividades do cotidiano, que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, desencadeados por alguma condição ou associados a algum evento⁽¹⁷⁾.

O comportamento de tomar banho de chinelo mostra um autocuidado especializado ou adaptado a dia-a-dia. Assim como a atitude de sentar-se ao sentir tonteira pode ser classificada, da mesma forma, e julgada como positiva, para o idoso.

No entanto, o comportamento de evitar ficar muito tempo de pé, como consequência da queda, pode ser considerado negativo para o idoso. As restrições na mobilidade por medida de segurança, após um episódio de queda, podem produzir progressivamente uma imobilidade de ordem psicológica. A imobilidade prolongada afeta a força e o movimento das musculaturas, gerando um risco adicional no lugar de proteger o idoso⁽¹⁶⁾.

Ao contrário, a atividade física tem benefícios sobre o organismo. É essencial para a circulação sanguínea, linfática e trocas celulares. Eleva as necessidades de oxigênio e nutrientes e promove a abertura de numerosos

capilares. O exercício permite aumentar o volume, a contratilidade, a tonicidade e a força muscular, promovendo a funcionalidade dos grupos musculares ⁽¹⁶⁾.

- **Agravos e danos**

As conseqüências mostraram agravos e danos tanto físicos quanto psicoemocionais. No Brasil, no ano 2000, os óbitos de indivíduos com idades de 60 anos ou mais representaram 11,4% do total de mortes, por causas externas. Naquele ano as quedas ocuparam o terceiro lugar na mortalidade com 2.030 mortes. Em relação à morbidade as quedas ocuparam o primeiro lugar, entre as internações. As lesões foram responsáveis por 68,3% de fraturas, em especial às do fêmur ⁽¹²⁾.

Diante de números alarmantes, com graves conseqüências físicas, psicológicas e sociais para o idoso, o conhecimento deste evento torna-se indispensável para o planejamento de ações efetivas no seu controle.

Físicos

As conseqüências das quedas são dramáticas, frequentemente causam complicações, e podem mesmo ser fatais. As principais complicações são as lesões de tecidos moles, dor, fraturas e hematomas, hospitalização, complicações causadas pela imobilidade, riscos de doenças iatrogênicas, diminuição da mobilidade em conseqüência de lesões físicas e associadas ao medo, perda de confiança em si, restrições de marcha, risco de institucionalização e morte ⁽¹⁶⁾.

As fraturas, o aumento de dificuldade e dependência para realização das atividades de vida diária, foram as principais conseqüências

de quedas, identificadas num estudo realizado com idosos hospitalizados da rede pública no Estado de São Paulo ⁽³⁾.

No presente estudo, a dor foi relatada pela maioria dos idosos (55%), como uma das conseqüências de quedas:

...fiquei com a perna dolorida por algum tempo... (C 19)

...o braço direito ficou dolorido e inchado. (C 12)

Apesar da dor, aparentemente, não conferir gravidade, após uma queda, o idoso precisa ser avaliado de modo global, pois, além dos casos com lesões aparentes, existe um elevado percentual de quedas que não evidenciam ferimentos, todavia lesões são identificadas somente com o exame clínico acurado ou, às vezes, são evidenciadas manifestações clínicas tardias.

Estes casos não devem ser considerados como eventos benignos, pois acarretam, com freqüência, efeitos danosos ao idoso, relacionados ao receio de uma nova queda, com perda de confiança para caminhar. Os idosos que não apresentam ferimentos aparentes devem receber apoio psicológico. A família deve ser orientada para encorajá-los a continuarem se movimentando e colaborarem na identificação e correção dos fatores envolvidos na queda ⁽¹⁴⁾.

Os demais agravos foram representados por ferimentos de tecidos moles, hematomas, fraturas, desmaios e hospitalizações:

...fiquei internada por cinco dias, para tratar a fratura no fêmur... (C 2)

...fiquei com o joelho roxo e dolorido por alguns dias... (C 18)

...desmaiei, e fiquei com a região lombar e a cabeça dolorida... (C 7)

Os idosos constituem o grupo etário mais hospitalizado, cerca de três vezes mais que a

população jovem⁽¹⁸⁾. Após a queda, 20% dos idosos foram hospitalizados. As fraturas foram conseqüências que tiveram pouca representatividade (10%), mas foram as que trouxeram maiores complicações por conta das internações, dependências para AVD e AIVD, alterações na mobilidade e dores.

A ocorrência de quedas é mais prevalente entre as mulheres. São mais vulneráveis às fraturas, principalmente, do fêmur e pé⁽³⁾. A maior propensão à fratura ocorre devido a existência de osteoporose, sendo esta doença diagnosticável, tratável e evitável, sendo que na maioria dos casos a prevenção não é dispendiosa⁽¹²⁾.

Psicoemocionais

Uma queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas também o de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado. O medo das conseqüências inerentes à queda pode interferir na realização de atividades da vida diária. Portanto, esse sentimento pode trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia e independência para AVD e AIVD, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança⁽³⁾.

Nossos dados mostraram que 15% dos idosos manifestaram o medo de voltar a cair, e se mostraram abalados ou com vergonha da situação, em menores proporções. As quedas freqüentemente têm repercussões psicológicas que são tão ou mais importantes que as conseqüências físicas⁽¹⁹⁾. O medo de cair novamente leva o idoso a assumir condutas de

hesitação que acarretam: redução do nível de atividades, aumento da dependência, perda da autonomia e na limitação social, resultando piora na qualidade de vida, como mostra o seguinte relato:

Tenho medo de voltar a cair e agora ando com ajuda de uma bengala. (C 2)

A síndrome pós-queda, como uma conseqüência psicológica, sempre que a posição ereta é assumida, caracteriza por um grande temor de cair. Esses pacientes têm histórias prévias de quedas e freqüentemente permaneceram no chão por mais de uma hora após as quedas. Eles tendem a agarrar ou segurar objetos que estão próximos e apresentam grande hesitação, ansiedade e irregularidade nas tentativas de deambulação⁽¹⁴⁾.

Em situações de risco me seguro em objetos. (C 2)

Entretanto, a queda não gera alterações psicoemocionais apenas no idoso, mas também na família. Entretanto, a família assume atitudes de super proteção ao idoso, o que certamente irá prejudicá-lo pelo incentivo à imobilidade.

• **Alteração na mobilidade física**

A movimentação e a locomoção são atividades fundamentais para a realização de AVD e AIVD. Após a queda, a capacidade funcional do idoso pode estar diminuída, indicando, como conseqüência, um grau de dependência aumentado. Entre os idosos que sofreram quedas, 40% tiveram algum tipo de alteração na mobilidade física, segundo os relatos:

... estive internada por cinco dias para tratar a fratura no fêmur, fiquei andando com cadeira de rodas por um mês, depois com auxílio de andador

por alguns dias, e agora ando com ajuda de uma bengala... (C 2)

... fiquei com a perna engessada, por vinte dias, utilizava uma cadeira de rodas para me locomover... (C 11)

Autores afirmam que idosos acima de 70 anos apresentam chances maiores para dependência nas AIVDs, quando comparados àqueles com menos de 70 anos ⁽²⁰⁾.

A dependência do idoso gera desafios para ele e a família, que necessita de condições diversas para a manutenção dos cuidados essenciais. Estas necessidades compreendem aspectos materiais, emocionais, e de conhecimentos. Além disso, a dependência gera imensuráveis gastos crescentes na economia familiar. Tal impacto ainda não foi assimilado na sua totalidade pelo sistema de saúde⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

O ambiente domiciliar foi o local mais freqüente de quedas, a maioria das vezes, pelo ambiente físico inadequado, com piso molhado, presença de tapetes, chão úmido. Outros obstáculos físicos e comportamentos de riscos como andar de bicicleta e tomar banho descalço, também foram notificados.

Os comportamentos adotados, após a queda, denotam atividades de autocuidado e utilização de conhecimentos populares. Entre as conseqüências, os agravos físicos como: dor, feridas em tecidos moles e fraturas, e o agravo psicoemocional como: o medo de voltar a cair, foram significantes para as alterações na mobilidade e conseqüente dependência, para realizar AVD e AIVD.

A caracterização das situações de quedas revelou o nível de exigência crítica necessária

para a prevenção. Dados importantes para o direcionamento da atenção à saúde do idoso tanto nas políticas públicas quanto na assistência por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Considerando a importância da adaptação ambiental, para a prevenção de quedas, não apenas no que diz respeito à remoção de riscos, como também no uso de técnicas que incentivem a prática do autocuidado e frente aos comportamentos arriscados é fundamental que haja investimentos em pessoal qualificado e na implantação efetiva da Política Nacional de Saúde do Idoso, para garantir o direito efetivo deste grupo populacional em expansão, com características próprias e heterogêneas.

REFERÊNCIAS

1. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriatrica - reflexão à ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
2. Netto MP, Carvalho Filho ET. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. Edição. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.
3. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Revista de Saúde Pública 2004 fev; 38(1): 93-9.
4. Faro ACM. Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.137-40.
5. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Revista de Saúde Pública 2002 dez; 36(6): 709-16.
6. Brasil. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 20p.
7. Jesus DM, Nakatani AYK. Avaliação funcional dos idosos atendidos em um programa de saúde da família no município de Goiânia-GO. Proceedings of the 2nd Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFG-CONPEEX; 2005 oct; Goiânia, Brasil. p. 22.

8. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada. 1973; 25(2):99-141.
9. Duarte YAO; Diogo, MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu, 2000.
10. Santos SRS, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Revista Latino-Americana Enfermagem. 2002 nov/dez; 10(6):757-64.
11. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública 2003 jun; 19(3): 773-81.
12. Gawryszewsky VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Rev. Assoc. Med. Brás. 2004; 50(1):97-103.
13. Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Revista Saúde Pública. 2002 ago; 36(4):448-54.
14. Costa Neto MM, Silvestre JA. Atenção à saúde do idoso - instabilidade postural e queda. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
15. Duarte MJRS. O envelhecer saudável: autocuidado para a qualidade de vida. Revista de Enferm. UERJ 1998 jun; 6(1): 293-307.
16. Berger L, Malloux-Poirier D. Pessoas idosas: uma abordagem global – Processo de Enfermagem por Necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
17. George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
18. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e mortalidade de pacientes idosos institucionalizados. Cad. Saúde Pública 2004 nov-dez; 20(6): 1617-26.
19. Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arq Bras Méd. 1994; 68(1): 9-12.
20. Lima-Costa MFF, Barreto SM, Giatti I. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):735-43 , vol 19, p. 735-743.

Artigo recebido em 13.11.06

Aprovado para publicação em 30.04.07