



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



ADRIANA REMIÃO LUZARDO

**VULNERABILIDADE, FATORES PREDITORES E
REPERCUSSÕES DA QUEDA PARA IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Adriana Remião Luzardo

**VULNERABILIDADE, FATORES PREDITORES E
REPERCUSSÕES DA QUEDA PARA IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. – Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Luzardo, Adriana
Vulnerabilidade, fatores preditores e repercussões da
queda para idosos hospitalizados / Adriana Luzardo ;
orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos -
Florianópolis, SC, 2015.
217 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, . Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Vulnerabilidade em Saúde. 3.
Acidentes por Quedas. 4. Saúde do Idoso. 5. Promoção da
Saúde. I. Azevedo dos Santos, Sílvia Maria . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

ADRIANA REMIÃO LUZARDO

**VULNERABILIDADE, FATORES PREDITORES E
REPERCUSSÕES DA QUEDA PARA IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 27 de agosto de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Sílvia Maria Azevedo dos
Santos
Presidente

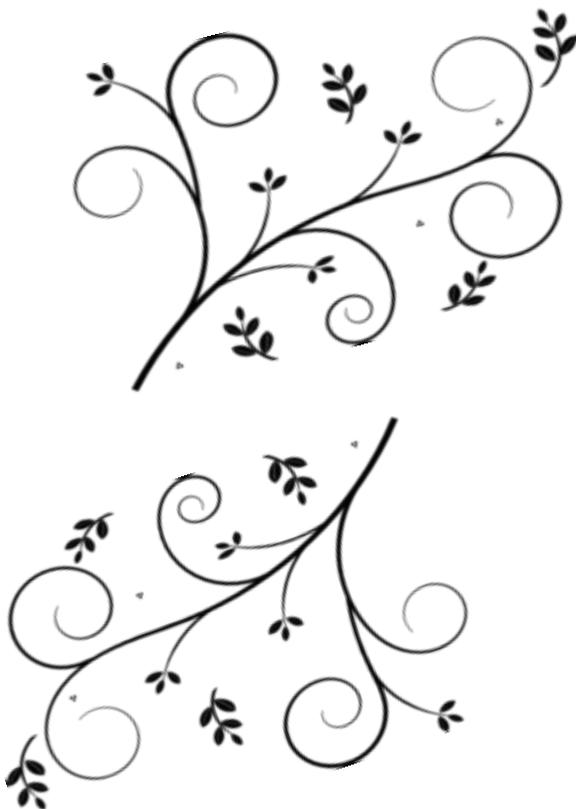
Dra. Soraia Dornelles Schoelle
Membro

Dra. Deyse Borges Koch
Membro

Dra. Giovana Zarpellon Mazo
Membro

Dra. Odaléa Maria Bruggemann
Membro

Dra. Karina Silveira de Almeida
Hammerschmidt
Membro



Dedico este trabalho aos idosos que fizeram parte deste estudo e aos seus familiares e cuidadores pela receptividade, sobretudo, diante de um momento tão delicado e pessoal de pós-queda...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a todos que fizeram parte da minha aprendizagem pessoal e profissional, que me auxiliaram a vencer os desafios, minha mais profunda gratidão e reconhecimento.

Ao meu amado marido João Luiz Aroldi pelo carinho, cuidado, força, segurança e amizade. Agradeço pela oportunidade de vivenciar contigo tantos momentos importantes em nossas vidas!

À minha família pelo apoio constante, mesmo que à distância, com afeto, carinho, zelo e amor.

Aos meus pais que me permitiram nascer e aos pais dos meus pais... A toda minha ancestralidade, meu respeito e agradecimento. Agradeço especialmente à minha avó paterna Rita Reina Machado Luzardo pelo carinho e pela presença constante durante minha infância. Foi essa convivência que me permitiu olhar para o passado e entender o porquê do encantamento pela Gerontologia. Vó Reina nos deixou justamente pelas complicações de uma queda... Este trabalho traz um pouquinho dela também...

À querida amiga Enfa. Profa. Dra. Beatriz Ferreira Waldman pela atenção, pelo carinho e apoio durante todos esses anos de convívio. Agradeço pelos ensinamentos durante a graduação e em todos os momentos em que estivemos juntas.

À queridíssima amiga Enfa. Msc. Noélia Fernandes de Oliveira pelo companheirismo, carinho e agradável convivência.

À minha querida terapeuta DMP (Processo de Memória Profunda) Enfa. Mara Beatriz Rocha por ter chegado à minha vida em um importante momento de desafio pessoal e por me ensinar a beleza que existe em nossa sombra e em nossa ancestralidade. Agradeço por me adentrar no universo das danças circulares e me fazer descobrir que “renascer muitas vezes” não é sofrimento, e sim oportunidade.

À minha querida Mestre Reiki Enfa. Dra. Ângela da Rosa Ghiorzi por todos os ensinamentos, carinho, dedicação. Agradeço pela existência do

Espaço Lazúli, ambiente harmonioso, de assistência sempre muito qualificada.

À Profa. Joseane de Menezes Sternadt pela amizade escuta e apoio em vários momentos nestes quase quatro anos de convivência em Chapecó.

Ao colega e amigo Enf. Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder, bem como sua família, pelo carinho, compreensão e amizade, que nasceu em nosso concurso para UFFS, que seguiu no curso de Doutorado no PEN/UFSC e que levarei para toda vida.

Aos colegas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), especialmente à Coordenadora do Curso de Enfermagem Profa. Dra. Valéria Silvana Faganello Madureira e ao colega Prof. Msc. Claudio Claudino da Silva Filho pela ajuda, apoio e compreensão em um momento tão importante e decisivo como foi a coleta dos dados.

À Profa. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos pela orientação, pelo aprendizado de nossa convivência e por todos os momentos de “cafezinhos” sempre muito saborosos.

Agradeço aos colegas do Grupo de Pesquisa GESPI, pelo exemplo e empenho nas atividades em prol da pessoa idosa. Agradecimento especial às colegas Andrelise Viana Rosa Tomasi, Rafaela Vivian Valcarenghi, Cynthia Vieira de Souza e Adnairdes Cabral de Sena.

Aos colegas de doutorado, especialmente a José Luís Guedes dos Santos, Margarete Maria de Lima e Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva.

À Profa. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e ao Grupo de Pesquisa GEHCES pela acolhida e pelos primeiros contatos no PEN. Agradecimento especial à Profa. Dra. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia pelo carinho e sensibilidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), professores, colegas e técnicos administrativos, em especial as Professoras Vânia Marli Schubert Backes, Odaléa Maria Bruggemann, Alacoque Lorenzini Erdmann e Ivonete Teresinha Schulter Buss Heideman pelo apoio, incentivo e aprendizado.

À Profa. Dra. Silvia Modesto Nassar e ao Departamento de Informática e Estatística (INE/UFSC) pelo apoio e empenho na análise estatística.

Agradeço aos membros da banca pelas contribuições: Dra. Soraia Dornelles Schoeller, Dra. Deyse Borges Koch Dra. Giovana Zarpellon Mazo, Dra. Odaléa Maria Bruggemann, Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, e Dra. Maria Helena Lenardt.

Agradeço aos professores do Núcleo de Atenção à Terceira Idade (NETI/UFSC) pelos ensinamentos durante a Especialização em Gerontologia. Em especial agradeço aos professores Ângela Maria Alvarez, Silvia Maria Azevedo dos Santos, Theofilos Rifiotis, Antônio e Carlos Volkmer, bem como à professora Lúcia Takase Gonçalves, ícone gerontológico em Santa Catarina e Brasil.

Agradeço aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelos ensinamentos durante a graduação, a licenciatura e o mestrado que me auxiliaram até chegar aqui.

Agradecimento especial a Maria de Lourdes Martins e Joel da Rosa – Serviço de Arquivo Médico do Hospital Governador Celso Ramos (SAME/ HGCR), pelo acolhimento, carinho e cuidado. A todos com quem convivi durante a coleta de dados no HGCR: Ademir Vieira da Rosa e Antenor Dezidério Berchon – Registro Geral; Gilmara Rocha Pereira e Gustavo da Silva – Serviço de Informática e às colegas enfermeiras Edma Maria Gonzaga de Oliveira; Ellen Cristine de Souza e Andreia Faria Dutra pelo apoio e dedicação.

Agradeço aos idosos e cuidadores que aceitaram participar do estudo pela disponibilidade e cooperação!



*Ando devagar porque já tive pressa.
E levo esse sorriso, porque já chorei demais.
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe?
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei.*

Nada sei.

*Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir.*

Trecho da Música Tocando em frente

Almir Sater

“Ando devagar porque já tive pressa...”, essa música diz muito da minha vida. Agora é andar devagar e olhar a paisagem... e não ter pressa.

(Idoso 12)

LUZARDO, Adriana Remião. **Vulnerabilidade, fatores preditores e repercussões da queda para idosos hospitalizados**. 2015. 217 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

Trata-se de um estudo misto, que teve como objetivos: - Identificar fatores preditores e desfechos de queda de idosos; - Estabelecer associações de fatores preditores e desfechos de queda de idosos; - Desvelar as situações de vulnerabilidade de queda de idosos; - Conhecer as repercussões da queda para o idoso e seu cuidador; - Analisar os agentes de suporte para o enfrentamento da queda. Foram analisados 304 registros em prontuários de idosos internados por motivo de queda. A amostra foi probabilística, com nível de significância de 95% e erro amostral de 5%, com estimativa de 30% de prevalência de queda. Os dados quantitativos foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences. Utilizou-se estatística descritiva por meio de frequência, percentual, média, mediana e desvio-padrão. Empregou-se análise bivariada para as variáveis: tempo de internação e ano de internação; característica da queda e idade; ano de internação, idade e sexo; além das variáveis medicamentos de uso contínuo, comorbidades e óbito. Foi realizada análise multivariada pelo método de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla. A etapa qualitativa utilizou entrevista semiestruturada junto a oito idosos e oito cuidadores e os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. O período da coleta dos dados quantitativos foi de agosto a outubro de 2014 e os dados qualitativos de outubro a dezembro do mesmo ano. Os resultados evidenciaram associação na análise multivariada em que o grupo de pessoas do sexo feminino (76,6%) foi maior, em comparação ao grupo do sexo masculino (23,4%). Quanto ao desfecho das quedas, o trauma de membros inferiores apresentou a maior ocorrência entre as mulheres, com destaque para as fraturas de fêmur. Entre os homens, destacaram-se os traumas de crânio, de vértebra e de membros superiores. A maior parte dos idosos que não utilizava medicamentos continuamente e que não teve trauma eram homens. Da etapa qualitativa emergiram 3 eixos temáticos e 11 categorias. No eixo temático Queda foram quatro categorias: Como foi a Queda; Primeiro Atendimento e Hospitalização; Causalidade da Queda; Significados e Sentimentos Provocados pela Queda. Aspectos subjetivos

emergiram dos conteúdos, sinalizando abordagens mais amplas na atenção à saúde do idoso. O eixo temático Idoso Caidor constituiu quatro categorias: Mudanças Provocadas pela Queda, Eu sou caideira, Eu me cuido e Prevenção da Queda, traduzindo-se em situações de vulnerabilidade, por meio dos desfechos da queda, da capacidade para realização das atividades diárias, do autocuidado e da condição de saúde do idoso. O eixo Suporte para enfrentamento da Queda congregou três categorias: Necessidade de Informação, Apoio Familiar e Espiritualidade. O apoio social como melhora da saúde suscitou reflexões para promoção da saúde. Na identificação e associação dos fatores preditores e desfechos mostraram significância entre os sexos, faixa etária, utilização de medicamento de forma contínua, presença e tipo de trauma. Os resultados apontaram situações de vulnerabilidade, provocando reflexão acerca de modos de viver mais saudáveis. O enfermeiro pode realizar educação em saúde com o idoso, família e cuidador, para prevenir os acidentes por quedas e promover saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde. Acidentes por Quedas. Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Enfermagem.

LUZARDO, Adriana Remião. **Vulnerability, predictors and repercussions of falls in hospitalized elderly**. 2015. 217 p. Thesis (PhD in Nursing) – Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ABSTRACT

It is a mixed study, which aimed to: - To identify predictors and old drop outcomes; - Establish associations of predictors and old drop outcomes; - Unveiling the situations of elderly falling vulnerability; - Know the fall repercussions for the elderly and their caregivers; - Analyze support agents to combat the fall. The study analyzed 304 medical records of elderly patients admitted in hospital due to a fall. The sample was probabilistic, with a significance level of 95% and sample error of 5%, with estimated 30% prevalence of fall. Quantitative data was analyzed using the Statistical Package for Social Sciences. We used descriptive statistics with frequency, percentage, mean, median and standard deviation. It used bivariate analysis for the variables: length of stay and year of admission; characteristic of the fall and age; year of admission, age and gender; and medications of continuous use, comorbidities and death. This study included a multivariate analysis using the method of Multiple Correspondence Factor Analysis. The qualitative step used semistructured interviews with eight seniors and eight carers and the data were analyzed through Bardin Content Analysis. The period of collection of quantitative data was from August to October 2014 and qualitative data from October to December of the same year. The results showed association in the multivariate analysis in which the female group (76.6%) was higher compared to the male group (23.4%). Regarding the outcome of the falls, there was higher occurrence of trauma of lower limbs among women, especially femur fractures. Among men, head, vertebra and upper limb traumas were more frequent. Most older people who did not use drugs continuously and had no trauma were men. From the qualitative stage, three thematic areas and 11 categories emerged. In the central theme Fall, four categories were identified: How the fall happened; First call and hospitalization; Causality of the fall; Meanings and feelings caused by falls. Subjective aspects emerged from the contents, indicating broader approaches in health care for the elderly. The thematic area Elderly who fall constituted four categories: Changes caused by the falls, I am an elderly who falls, I take care of myself and Prevention of falls, translating into vulnerable situations, through the fall of the outcomes,

the ability to perform daily activities, self-care and health condition of the elderly. The theme Support for confronting the fall brought together three categories: Information needs, Family support and Spirituality. Social support as health improvement raised reflections concerning health promotion. The identification and association of predictors and outcomes showed significance among gender, age, medication used continuously, presence and type of trauma. The results showed vulnerabilities, causing reflection on ways to live healthier. Nurses can conduct health education for elderly, family and caregivers in order to prevent accidents from falls and promote health.

Keywords: Vulnerability in Health. Accidental Falls. Elderly health. Health promotion. Nursing.

LUZARDO, Adriana Remião. **Vulnerabilidad, factores predictivos y consecuencias de la caída para los ancianos hospitalizados.** 2015. 217 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMEN

Se trata de un estudio mixto, que tuvo como objetivos: Para identificar predictores y los resultados de la gota de edad; - Establecer asociaciones de predictores y los resultados de la gota de edad; - Revelando las vulnerabilidades de la caída de edad avanzada; - Conocer las repercusiones de la caída para las personas mayores y sus cuidadores; - Analizar los agentes de apoyo para combatir la caída. 304 fichas de los registros médicos de ancianos hospitalizados por caída fueron analizadas. La muestra fue probabilística, con un nivel de significación de 95% y el error muestral del 5%, con la estimación de 30% de prevalencia de caída. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences. Se utilizó la estadística descriptiva mediante la frecuencia, porcentaje, media, la mediana y de la desviación estándar. Se utilizó el análisis bivalente de las variables: duración de la estancia y el año de la admisión; característica de la caída y la edad; año de hospitalización; edad y sexo; además de las variables de medicamentos de uso continuo, comorbilidad y el óbito. El análisis multivariado se realizó mediante el método de Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples. El paso utilizado entrevistas semiestructuradas cualitativas con ocho personas mayores y ocho cuidadores y los datos se analizaron por medio de análisis de contenidos Bardin. Se recogieron datos de ocho ancianos y de ocho cuidadores. Los resultados mostraron asociación en el análisis multivariante en el que el grupo de personas del sexo femenino (76,6%) fue mayor, en comparación con el grupo de sexo masculino (23,4%). En cuanto al resultado de las caídas, el trauma de los miembros inferiores presentó la mayor incidencia entre las mujeres, especialmente las fracturas del fémur. Entre los hombres, los más destacados fueron los traumas en la cabeza, vértebras y de los miembros superiores. La mayoría de las personas mayores que no utilizan medicamentos de forma continua y no había trauma eran hombres. Surgieron tres ejes temáticos y 11 categorías de la etapa cualitativa. En el eje temático La Caída fueron cuatro categorías: Como fue la Caída; Primer Atendimento y Hospitalización; Causalidad de la Caída; Significados y Sentimientos Provocados por las Caídas. Aspectos subjetivos surgieron

a partir de los contenidos, señalando enfoques más amplios a la atención para la salud de los ancianos. El eje temático Ancianos que se Caen Mucho constituyó cuatro categorías: Cambios Causados por las Caídas, Yo me Caigo Mucho, Yo me Cuido y Prevención de las Caídas, que se traduce en situaciones vulnerables, a través de la caída de los resultados, la capacidad para llevar a cabo todos los días actividades, de cuidado personal y del estado de salud de las personas mayores. El eje Soporte para enfrentamiento da Queda montó tres categorías: Necesidad de la Información, Apoyo Familiar, y Espiritualidad. El apoyo social como mejora de la salud provocó reflexiones para la promoción de la salud. En la identificación y asociación de los factores predictivos y sus resultados se mostró significancia entre los géneros, la edad, la utilización del medicamento de forma continua, la presencia y el tipo de trauma. Los resultados mostraron vulnerabilidades, provocando la reflexión sobre las formas de vida más saludable. El enfermero puede realizar educación de la salud con el anciano, los familiares y cuidadores con el fin de evitar los accidentes por caídas y promover la salud.

Palabras-clave: Vulnerabilidad en la Salud. Accidentes por Caídas. La Salud del Anciano. Promoción de la Salud. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica dos estudos e das etapas de seleção dos estudos.....	46
Gráfico 1 – Local de residência registrados em prontuários de pessoas idosas, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	94
Figura 2 – Modelo estatístico representativo da análise multivariada pela Análise Fatorial de Correspondência Múltipla.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das variáveis do estudo.....	82
Quadro 2 – Dados sociodemográficos: idosos e cuidadores.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do local de residência e serviço de referenciamento/nível de atenção que realizou encaminhamento, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	95
Tabela 2 – Distribuição dos idosos da amostra por sexo e faixa etária, conforme registros de prontuários, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	96
Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo o tempo de internação por cada ano estudado, em um Hospital Público de Florianópolis, de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	97
Tabela 4 – Distribuição da idade pela característica da queda em um Hospital Público de Florianópolis, de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	98
Tabela 5 – Distribuição do ano de internação pela idade e sexo, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	99
Tabela 6 – Distribuição de medicamentos de uso contínuo e comorbidades em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	100
Tabela 7 – Distribuição da faixa etária pelo óbito, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	103
Tabela 8 – Distribuição de óbito pela idade e tempo de internação em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACM	Análise Fatorial de Correspondência Múltipla
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AGS	<i>American Geriatrics Society</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
Bireme	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Portal da Biblioteca Virtual em Saúde
CESPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CEP/HGCR	Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Governador
Celso Ramos	
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CG	Centro de Gravidade
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DA	Doença de Alzheimer
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Doença de Parkinson
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EEB	Escala de Equilíbrio de Berg
FIBRA	Rede FIBRA - Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidado de Pessoas Idosas
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
ISWT	<i>Incremental Shuttle Walk Test</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEE	Mini Exame do Estado Mental
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>

NETI	Núcleo de Estudos da Terceira Idade
NQ	Número de Quedas
OH	Hipotensão Ortostática
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PDC	Posturografia Dinâmica Computadorizada
POMA	<i>Performance Oriented Mobility Assesement</i>
PUBMED (NLM)	Portal PubMed da <i>U. S. National Library of Medicine</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SestatNet	Sistema Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web
SPPB	<i>Short Physical Performance Battery</i>
SPSS	Statistic Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
TAF	Teste do Alcance Funcional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TUG	<i>Timed Up and Go Test</i>
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	31
1 INTRODUÇÃO.....	35
2 OBJETIVOS.....	43
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	45
3.1 EPIDEMIOLOGIA DA QUEDA.....	47
3.2 FATORES DE RISCO.....	50
3.3 REPERCUSSÕES DA QUEDA.....	62
3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO.....	65
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	71
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	71
4.1.1 Estudo Quantitativo.....	71
4.1.2 Estudo Qualitativo.....	72
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	72
4.3 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA.....	73
4.3.1 Etapa Quantitativa.....	73
4.3.2 Etapa Qualitativa.....	74
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	74
4.4.1 Etapa Quantitativa.....	74
4.4.2 Etapa Qualitativa.....	75
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS....	75
4.5.1 Etapa Quantitativa.....	75
4.5.2 Etapa Qualitativa.....	76
4.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	77
4.6.1 Variável Dependente.....	78
4.6.2 Variáveis Preditoras.....	78
4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	83
4.7.1 Etapa Quantitativa.....	83
4.7.2 Etapa Qualitativa.....	83
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	84
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87

5.1	MANUSCRITO 1 – FATORES PREDITORES E DESFECHOS DA QUEDA DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FLORIANÓPOLIS.....	89
5.2	MANUSCRITO 2 – QUEDA DE IDOSOS: DESVELANDO SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE.....	115
5.3	MANUSCRITO 3 – QUEDA: REPERCUSSÕES PARA O IDOSO E SUA SAÚDE.....	139
5.4	MANUSCRITO 4 – REDES DE SUPORTE EVIDENCIADAS NO CUIDADO AO IDOSO CAIDOR: REFLEXÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	155
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	173
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	193
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	197
	APÊNDICE C - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TCLE PARA ACESSO DE PRONTUÁRIOS.....	199
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO GUIA PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS.....	201
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO GUIA PARA ENTREVISTA.....	207
	APÊNDICE F – BANCO DE DADOS QUANTITATIVOS EXCEL.....	209
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEPESH/UFSC.....	213
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/HGCR.....	217

APRESENTAÇÃO

Este estudo insere-se na Linha de Pesquisa Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem, a qual está contemplada nas ações do Grupo de Estudos de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). A investigação buscou mostrar coerência entre as inquietações da pesquisadora e o compromisso de elaboração da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), na Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Adotou-se uma linha investigativa que seguiu basicamente três etapas para explorar o evento queda em pessoas idosas hospitalizadas. A primeira etapa ocorreu pela elaboração de uma Revisão da Literatura, no sentido de apurar o arcabouço de produções científicas publicizadas em bases de dados. A segunda etapa foi realizada a partir de um estudo quantitativo, com a finalidade de identificar fatores preditores e desfechos do evento queda de idosos atendidos em um serviço hospitalar. A terceira etapa deu-se por meio de um estudo qualitativo, que buscou aprofundar o olhar quanto à vulnerabilidade do idoso ao fenômeno queda.

Considera-se que pesquisas com a temática queda possuem relevância social, uma vez que descortinam o cenário de ocorrência do evento frente à situação de vida das pessoas, observando o contexto local-regional de idosos que vão à hospitalização, principalmente em instituições que se caracterizam como espaços inexplorados em relação a esse agravo. Acredita-se na importância epidemiológica desse tema, como também no impacto singular da queda na vida de cada pessoa que vivencia esta situação. O olhar objetivo e subjetivo do fenômeno reforça a importância da atenção integral à saúde da pessoa idosa, promovendo a interação do cidadão com as instituições e políticas públicas.

O interesse pelo tema surgiu a partir da intenção da pesquisadora em dar continuidade a sua trajetória científica, focalizando o tema Envelhecimento em consonância com a Enfermagem e a Saúde Pública. Os estudos voltados à área da saúde do adulto e do idoso, com suas demandas psicobiológicas e socioculturais, têm sido um alvo constante de análise na práxis profissional.

As interrogações profissionais de ensino, pesquisa e assistência sempre circundaram os aspectos sociais, psicológicos e filosóficos ao olhar a pessoa idosa, sua condição de saúde, situações de dependência e formas de estar no mundo.

Assim, na conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a temática do cuidador de pessoas idosas foi abordada na Monografia, por meio de uma investigação qualitativa com objetivo de conhecer as necessidades e dificuldades do cuidador. Os relatos dos cuidadores revelaram cinco categorias temáticas como: dificuldade financeira, dificuldade com os cuidados de higiene, alimentação e vestimenta, necessidade de o cuidador dividir as tarefas e ser reconhecido pelo papel desempenhado. Com o estudo concluiu-se que o cuidador realizava um trabalho solitário e anônimo, desassistido, e que o cuidar ininterruptamente era gerador de estresse e sobrecarga (LUZARDO, 2004).

Nesse contexto, o estudo produzido para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na UFRGS, oportunizou descrever, de forma quantitativa, as características de idosos e cuidadores, buscando identificar a sobrecarga dos cuidadores e o grau de dependência dos idosos. Os resultados apontaram que os idosos participantes do estudo apresentavam dependência importante e dependência parcial para as atividades de vida diária e que os cuidadores demonstraram elevada sobrecarga total, com elevada pontuação para a sobrecarga moderada, bem como para sobrecarga moderada a severa (LUZARDO, 2006).

Após esse período de formação e de algumas experiências assistenciais com adultos e idosos, ainda na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, surgiu o ingresso na prática docente de ensino superior.

No ambiente universitário foi possível contribuir para a formação profissional em enfermagem, no sentido de dar visibilidade aos aspectos do envelhecimento, provocando a perspectiva do envelhecimento nas práticas pedagógicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de mudança para Florianópolis, Santa Catarina, surgiu a oportunidade de aperfeiçoar a formação acadêmica por meio da realização do Curso de Especialização em Gerontologia pelo Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI), da Universidade Federal de Santa Catarina.

Nesse período, houve também a possibilidade de experimentar uma nova realidade profissional, na aproximação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Gestão de Programas Estratégicos nas áreas de Saúde do Adulto e Saúde do Idoso, nas Secretarias Municipais de Saúde de Florianópolis e São José. Esse momento de intenso aprendizado provocou reflexões quanto às políticas públicas implementadas nos serviços de saúde, diante da necessidade de aperfeiçoamento para se tornarem mais dinâmicas e aplicáveis à prática profissional de acordo com as diferentes realidades.

Atualmente, de volta à docência, na Universidade Federal da Fronteira do Sul (UFFS), em Chapecó, Santa Catarina, vem sendo possível atuar no ensino, na extensão e na pesquisa em saúde pública de forma a valorizar os aspectos do envelhecimento.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que tem sido igualmente observado no Brasil, devido ao rápido crescimento da população idosa, resultante do aumento da expectativa de vida e da queda nas taxas de natalidade e fecundidade. Estas mudanças demográficas são profundas e vêm alterando a distribuição etária da população. Estima-se que, cada vez mais, a média de idade das pessoas aumente consideravelmente em todos os países, mesmo com as diferenças observadas entre as nações desenvolvidas e em desenvolvimento. Trata-se de uma transição demográfica historicamente importante, em estágio bastante avançado nos países com renda mais elevada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Em nações desenvolvidas, a exemplo do Canadá, dos EUA e de países da União Européia, considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, define-se idoso como uma pessoa de 60 anos e mais. Apesar disso, algumas políticas públicas brasileiras utilizam como base de análise os 65 anos, como é o caso da concessão de benefício assistencial, da utilização de transporte público gratuito e da aposentadoria por idade (CAMARANO, 2013). Diante disso, acredita-se que mudanças serão brevemente observadas no âmbito das políticas públicas de saúde e de assistência, como resultado do envelhecimento da população e viabilidade da previdência social.

Desde o primeiro recenseamento no Brasil (1872) até o censo de 2010 observou-se que a população cresceu quase 20 vezes. Em 2010, chegou-se a 190.732.694 milhões de brasileiros, em que 14.536.029 milhões eram de pessoas com mais de 60 anos, quase 15 milhões, correspondendo a 8% de idosos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2013 os idosos passaram a representar quase 13% da população, somando 23 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A população idosa brasileira deverá aumentar mais rapidamente que a média internacional, fazendo com que o Brasil passe a ser reconhecido como um país envelhecido, principalmente quando alcançar a marca de 14% de idosos. O número de pessoas mais velhas vai duplicar no mundo todo até 2050, mas quase triplicará nas próximas quatro décadas em nosso país, chegando a 65 milhões de idosos, praticamente 30% da população. Este crescimento vem ocorrendo de forma acelerada, diferentemente do que ocorreu com os países

desenvolvidos que tiveram aumento da população somente após a superação de problemas socioestruturais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O aumento da população idosa brasileira vem ocorrendo concomitante aos problemas socioestruturais do país. As situações de adoecimento, no contexto do envelhecimento, tem se dado tanto por condições crônicas, quanto por condições agudas de saúde.

O Brasil vive [...] uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas de saúde (MENDES, 2012, p. 21).

Diante desse cenário, o envelhecimento mostra-se como importante foco de discussão para a sociedade e como desafio para a saúde pública na oferta e na produção de saúde. Observam-se demandas urgentes e concomitantes, uma vez que se sobrepõem os problemas de caráter crônico e agudo, somados às causas externas, destacando-se a violência e os acidentes.

Entende-se que o aumento da expectativa de vida tem influenciado no perfil de morbimortalidade da população idosa. A expectativa de vida do brasileiro aumentou de 12,4 anos entre 1980 e 2013, ampliando a média de expectativa de vida de 74,6 anos em 2013 para 75,2 em 2015. O estado de Santa Catarina apresentou, em 2015, a maior média de expectativa de vida do país, de 78,4 anos, com 75,1 de média para o homem e 81,8 anos para a mulher catarinense. Observa-se que vários municípios catarinenses foram reconhecidos pelo aumento da longevidade, o que vem sendo reforçado pela diminuição no índice de mortalidade infantil no Estado. Entre os municípios mais longevos destacaram-se alguns da região da Grande Florianópolis, tais como Nova Trento e Rancho Queimado. Florianópolis está entre as capitais com maior expectativa de vida, com média de 74,3 em 2010 e 77,3 anos em 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Na evidência de que as pessoas estão vivendo mais e que também estão mais expostas a riscos está o surgimento de situações de vulnerabilidade, limitações, incapacidades, determinação social e as mais variadas necessidades de saúde do idoso.

Entre essas situações de vulnerabilidade observa-se o evento queda, que pode comprometer a capacidade funcional, a autonomia para a realização das atividades de vida diária e a qualidade de vida dos idosos.

A queda caracteriza-se por ser um fenômeno acidental com deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial a que o indivíduo encontrava-se anteriormente. É um evento que apresenta incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, com o comprometimento da estabilidade corporal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

Estudos atuais têm evidenciado múltiplos aspectos concernentes a queda de idosos, apontando incidência, prevalência, fatores de risco, causas, consequências e morbimortalidade. Nesses estudos, variados métodos de pesquisa têm sido empregados na tentativa de caracterizar o contexto do evento, produzindo saberes e práticas incorporadas como ações em saúde, a exemplo dos programas de prevenção.

Em um estudo de coorte prospectivo, Abreu et al. (2015) descreveram as características e as condições de saúde dos idosos que sofreram quedas, por meio de inquérito domiciliar que durou dois anos, no município de Cuiabá, Mato Grosso do Sul. A maior parte dos idosos era do sexo feminino (62,1%), com faixa etária entre 70 e 79 anos (44,8%) e média de idade de 76,7 anos. As morbidades mais observadas foram hipertensão (77,7%); diabetes (31,1%) e osteoporose (20,4%). Em torno de 94,2% dos idosos utilizavam medicamentos de uso contínuo e 52,6% utilizavam de um a dois medicamentos, sendo os mais frequentes: anti-hipertensivos (78,6%), analgésicos (47,6%) e diuréticos (24,3%).

Em outro estudo, de abordagem quantitativa do tipo transversal realizado em João Pessoa, no Estado da Paraíba, Fernandes et al., (2014), identificaram o risco de queda em 120 idosos em ambulatório de geriatria e buscaram associação entre seus fatores. Evidenciou-se que as quedas foram mais elevadas entre as mulheres (73,4%) e a faixa etária mais observada foi de 60 a 69 anos (60,8%). Entre os idosos, 95% utilizavam medicamentos regularmente, 41,22% utilizavam de um a dois medicamentos e 86,2% dos idosos que utilizavam medicamentos, foram pelo uso de anti-hipertensivos. O estudo revelou a alta prevalência de quedas entre os fatores estudados e apontou para a importância de identificar precocemente os riscos de quedas, os quais podem ser minimizados.

Lima (2014) realizou um estudo transversal para descrever o ambiente domiciliar de idosos residentes na zona urbana do município de Pelotas, no Rio Grande do Sul (RS), de acordo com os potenciais fatores de risco de quedas. Concluiu que os fatores de risco de maior prevalência estavam presentes no banheiro, pela falta de barra lateral ao vaso sanitário (91,5%), falta de apoio no chuveiro (87,1%), falta de piso ou tapete antiderrapante (50,1%), situações que foram mais observadas em residências de menor nível socioeconômico.

Rosa et al. (2015) conduziram investigação sobre perfil epidemiológico de mortes por queda, analisando 2.126 óbitos, no Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2011. Entre os fatores que apresentaram as maiores chances de óbito destacou-se a raça branca, idosos que viviam sozinhos (viúvos ou solteiros), a população feminina e as idades mais avançadas, especificamente na faixa etária de 80 anos e mais.

Além da mortalidade, Minayo (2012) chama atenção para o aumento da morbidade entre a população de 80 anos e mais, com a diminuição da autonomia e da capacidade funcional dos idosos que vivenciam uma ou mais quedas, fato que tem sido motivo de preocupação para gerontólogos.

A queda em idosos tem sido focalizada em dissertações e teses de doutorado, além de trabalhos de conclusão de cursos de graduação e especialização, oriundos de áreas como a saúde coletiva, a epidemiologia, a medicina, a fisioterapia, a gerontologia e a enfermagem.

A enfermagem, como campo de pesquisa, vem destacando-se na produção do conhecimento sobre a temática da queda de idosos, por meio de seu processo de trabalho, prática assistencial, gerenciamento do cuidado e gerenciamento de serviços. Exemplo disso tem sido a utilização dos diagnósticos de enfermagem na determinação dos riscos de queda, bem como as recomendações de estratégias para prevenir o agravamento. Nesse contexto, estudos conduzidos por enfermeiros resultaram de pesquisas realizadas em centros de pesquisa de universidades e cursos de pós-graduação, os quais objetivavam a defesa de linhas de pesquisa que traduzissem a contribuição da enfermagem.

Machado et al. (2009) conduziram uma pesquisa descritiva com 24 idosos, que avaliou a presença de fatores de risco para queda, por meio do diagnóstico de enfermagem “risco para queda”, combinado com a escala de risco de quedas “*Downton*”, em um serviço de atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. Concluíram que entre os riscos de queda mais citados estavam a idade superior a 65 anos (70,8%), a

utilização de medicamentos (75%), especificamente anti-hipertensivos, sendo verificada associação da queda com a pressão arterial elevada, além da utilização de quatro ou mais drogas, indo ao encontro dos achados apontados por outros estudos quanto à comorbidade e utilização de medicamentos.

Em sua tese de doutorado, Caberlon (2012) realizou estudo transversal retrospectivo para analisar 6.633 boletins de atendimento em quatro serviços de emergência em municípios da região metropolitana e da serra gaúcha, no Rio Grande do Sul, que objetivou investigar quedas e fraturas de pessoas idosas. Concluiu que o inverno foi a estação do ano com maior número de fraturas e a primavera apresentou o menor percentual. Os locais de risco em que mais ocorreram quedas foram em escada, ônibus e queda da cama.

Em dissertação de mestrado Vaccari (2013) realizou um estudo quantitativo com delineamento transversal, cujo objetivo foi identificar os cuidados necessários à prevenção de quedas em uma amostra de 127 idosos internados em unidades de Clínica Médica e Cirurgia Geral de um hospital de ensino. Os resultados apontaram para a necessidade de cuidados interdisciplinares, voltados à prevenção de quedas no ambiente intra-hospitalar envolvendo todos os setores que prestam assistência direta ou indireta ao idoso.

Outro estudo realizado na área de enfermagem tratou de uma revisão integrativa da literatura, como resultado de dissertação de Paula Jr. (2014), com o objetivo de investigar e descrever a literatura científica sobre o evento quedas, no período de dez anos (2003 a 2012). A análise qualitativa permitiu organizar os achados em quatro categorias temáticas: a análise quantitativa dos estudos, a epidemiologia do evento queda, o estudo dos preditores de quedas e a prevenção de quedas em idosos. A revisão apontou diversidade entre os instrumentos de avaliação do risco de quedas, bem como variação quanto às intervenções adotadas em programas de prevenção de quedas. Devido ao número vultoso de estudos quantitativos sobre o tema, recomendações do autor apontaram para a necessidade de realização mais estudos qualitativos no sentido de aprofundar a análise do fenômeno.

Malmann et al. (2012) adaptaram o Protocolo da Avaliação Multidimensional do Idoso construindo o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos (IAQI), a fim de que fosse utilizado como apoio ao processo de enfermagem na Estratégia da Saúde da Família (ESF). O instrumento foi criado para auxiliar na avaliação da fragilidade e da vulnerabilidade do idoso a queda, por meio de parâmetros de

funcionalidade, de sistemas fisiológicos e do ambiente em que o idoso vive.

Assim, entende-se que o contexto de vulnerabilidade está associado aos riscos de queda, os quais potencializam a ocorrência de eventos adversos presentes, de forma latente, na vida do idoso, como o declínio funcional, a ocorrência da própria queda, a hospitalização, a institucionalização e a morte (BRASIL, 2010).

Segundo Rodrigues e Neri (2012), envelhecer implica aumento do risco para desenvolver vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, fatores influenciados pelo declínio biológico. Para as autoras, há interação dos processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual da pessoa idosa.

A vulnerabilidade associada ao envelhecimento foi contemplada pelo estudo de Rocha et al., em 2010. As autoras buscaram discutir medidas de atenção à saúde que ultrapassassem o plano biológico, percebendo a vulnerabilidade de forma interdependente entre as dimensões da vida do idoso, reconhecendo a importância dos aspectos individuais e coletivos para o planejamento de ações em saúde dessa população.

A vulnerabilidade da pessoa idosa discutida neste estudo compreende o conceito de Ayres et al. (2006), que reúne três dimensões de vulnerabilidade que se interconectam, a saber: vulnerabilidade individual, social e institucional ou programática. Os autores traduzem o conceito de vulnerabilidade como algo aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, que envolve aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. A vulnerabilidade ocorre em vários graus, de forma dinâmica e não necessariamente em todas as dimensões ao mesmo tempo. É o caráter multidimensional que justamente aproxima a vulnerabilidade ao envelhecimento.

Entende-se que interrogações originais quanto à queda de pessoas idosas possam estar surgindo, na medida em que os métodos e instrumentos utilizados para avaliá-las sigam parâmetros passíveis de comparação, capazes de demarcar novos limites da produção científica, para além da literatura publicizada até o presente momento. Tais mudanças podem contribuir para revelar novas possibilidades para atenção à saúde do idoso que vivencia uma ou mais quedas e suas repercussões. A partir dessa análise, entende-se que os estudos deixam lacunas que devem ser exploradas acerca das dimensões da

vulnerabilidade do idoso a queda em realidades locais, com vistas ao planejamento de ações integrais e programáticas de serviços de saúde.

O universo do evento queda em idosos está imerso em um contexto de vulnerabilidade, bem como as evidências quanto aos fatores preditores, aos desfechos e às repercussões do evento. Nesse sentido, acredita-se na relevância deste estudo, uma vez que ampliou o foco de análise de vulnerabilidade por meio de suas dimensões, valorizando aspectos objetivos e subjetivos, lançando reflexões quanto ao suporte necessário para o enfrentamento do problema.

Com isso, ao considerar a queda como fator potencial de risco para incapacidades, como fenômeno latente no cotidiano do idoso, poderá subsidiar estratégias preventivas e promotoras de saúde. A partir disso, novas concepções poderão influenciar propositivamente no conteúdo e condução de políticas públicas de saúde, que contemplem a autonomia, a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e, por conseguinte, a manutenção de sua participação na sociedade.

Em consonância com o exposto anteriormente, esta investigação buscou responder as seguintes questões de pesquisa: Quais são os fatores preditores e os desfechos da queda de idosos hospitalizados? Quais são as situações de vulnerabilidade de queda de idosos? Quais são as repercussões da queda, para idosos e cuidadores? Quais são os agentes de suporte para o enfrentamento do fenômeno quedas?

2 OBJETIVOS

Para responder às questões de pesquisa elencaram-se os seguintes objetivos:

- Identificar fatores preditores e desfechos de queda de idosos;
- Estabelecer associações de fatores preditores e desfechos de queda de idosos;
- Desvelar as situações de vulnerabilidade de queda de idosos;
- Conhecer as repercussões da queda para o idoso e seu cuidador;
- Analisar os agentes de suporte para o enfrentamento da queda.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Revisão da Literatura foi construída nos moldes de uma revisão integrativa da literatura, a qual foi desenvolvida utilizando-se a busca de artigos científicos em bases de dados. Além disso, realizou-se a leitura de capítulos de livros, dissertações, teses, cadernos, portarias e publicações do Ministério da Saúde, o que engendrou um subcapítulo acerca da promoção da saúde e no contexto do envelhecimento.

Iniciou-se então uma busca com estratégias definidas partindo-se da escolha dos descritores oficiais do sistema de vocabulário controlado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), elencando as palavras-chave: Idoso, Acidentes por quedas e Risco.

Assim, a pesquisa foi realizada nas bases de dados *online*: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), pelo Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e PUBMED pelo Portal PubMed da *U. S. National Library of Medicine* (NLM), no período temporal entre os anos de 2006 e 2013. A busca foi efetivada pelo cruzamento dos descritores supracitados e pela combinação dos operadores booleanos “and” e “or”.

Os critérios de inclusão congregaram artigos completos, estudos que abarcassem os descritores listados e artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados e publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Como critérios de exclusão selecionaram-se as publicações repetidas, cartas, editoriais, comentários, resumos de anais de eventos ou periódicos, ensaios e materiais publicados em outros idiomas que não fossem inglês, espanhol e português.

Num primeiro momento, foi realizada a busca pela combinação dos descritores “idoso” e “acidentes por quedas”, resultando em número amplo de estudos de caráter heterogêneo, o que permitiu deduzir que havia necessidade de restringir a busca e focalizar em pontos que se pretendia explorar do fenômeno.

Dessa forma, definiu-se a inserção do descritor “risco”, o que resultou em 3.577 estudos. Para a busca de estudos no portal PubMed e descritores MeSH as palavras-chave utilizadas foram “*elderly*”, “*accidental falls*” e “*risk*”, com processo de filtragem igualmente pelo período, pelos resumos e textos completos disponíveis nas bases.

Após a leitura de títulos e resumos foram selecionados 1.136 estudos de interesse, dos quais 37 eram da BDENF, 534 do LILACS, 236 do SciELO, 79 do MEDLINE e 250 do PubMed.

A partir de uma leitura mais detalhada, selecionaram-se 87 artigos, os quais foram lidos na íntegra, restando ao final 78 artigos considerados como relevantes, sendo 8 indexados na BDENF, 20 no LILACS, 38 no SciELO, 4 MEDLINE e 8 PubMed.

Dessa forma, o resultado da busca dos artigos foi organizado em subcapítulos, tais como: Epidemiologia da queda, Fatores de risco e Repercussões da queda. Alguns artigos foram inseridos em mais de uma temática, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 1 – Representação gráfica dos estudos e das etapas de seleção dos estudos.



Fonte: Estudos selecionados pela revisão, Florianópolis, SC.

3.1 EPIDEMIOLOGIA DA QUEDA

A temática das quedas frequentemente traz um cenário de debates sobre os aspectos epidemiológicos do evento como ferramenta para caracterização entre a população idosa.

Alguns estudos, de forma geral, apontaram a prevalência de ocorrência das quedas, o medo de cair, quedas recorrentes, associação com o gênero, relação com a idade e outras características associadas ao fenômeno.

Lopes et al. (2010) encontraram prevalência de quedas em 27,1% (n=118 idosos), enquanto Siqueira et al. (2011) tiveram prevalência de 27,6% (n=6.616 idosos). Brito et al. (2013) verificaram quedas em 27,7%, em uma amostra de 94 idosos. Em outro estudo, Moreira et al. (2007) relataram prevalência de 30% e Motta et al. (2010) conduziu investigação que encontrou 30,3%. Cruz et al. (2012) relataram 32,1%, aproximando-se de Curcio et al. (2009), que por meio de uma amostra com 224 idosos, descreveram as características e identificaram os fatores associados às quedas recorrentes e apontaram 32,5%. Com percentuais mais elevados estão Siqueira et al. (2007), que analisaram 4.003 idosos, com 34,8% e Ribeiro et al. (2008) com 37,5%.

Cruz et al. (2012) avaliaram que 53% dos idosos tiveram uma queda ao ano, bem como Curcio et al. (2009) apontaram 50,8% de uma queda em 12 meses, ao passo que Pereira et al. (2013) e Suelves et al. (2010), relataram 14,4% e 14,9% respectivamente. O estudo de Aguiar et al. (2009) analisou 81 prontuários, evidenciando a ocorrência de uma ou mais quedas, em um ano, em 61,7% dos idosos, Pinho et al. (2012) identificaram 71,4% de 1 a 2 quedas, Pereira et al. (2013) relataram quedas recorrentes em 11,9%, para Silva et al. (2009) 53,1% e para Piovesan et al. (2011) foi de 75% dos idosos investigados.

Igualmente, no espaço de 12 meses, 53,5% dos idosos sofreram uma única queda, 21,2% mencionaram duas quedas, 13,3% de três quedas, e 12% quatro ou mais quedas (SIQUEIRA et al., 2011). Motta et al. (2010) estimaram a prevalência de quedas em 1.064, concluindo que 13,9% haviam caído pelo menos duas vezes no ano anterior a coleta dos dados. Cano et al. (2010) relataram histórico de quedas em 31%, tendo uma ou mais quedas no ano anterior.

De forma geral, os estudos sobre quedas têm apontado a relação de ocorrência das mesmas nas idades mais avançadas. Nessa revisão, alguns dos estudos selecionados apontaram essa evidência científica do aumento das quedas com o avançar da idade (MOREIRA et al., 2007; FREITAS; SCHEICHER, 2008; AGUIAR et al., 2009; CRUZ et al.,

2012; MACIEL, 2010; SIQUEIRA et al., 2007; SIQUEIRA et al., 2011). Para Lopes et al. (2010) 75% dos caídores possuíam entre 60 e 75 anos, sendo que 72% foram de quedas acidentais e 75% das quedas ocorreram durante o período da manhã.

O medo de cair também vem sendo foco de estudos que descrevem as consequências ocasionadas pelas quedas e tentam apreender formas de evitá-las, sobretudo as quedas recorrentes, que podem impulsionar o sentimento de insegurança em relação à mobilidade e à execução das atividades de vida diária.

Pluijm et al. (2006) evidenciaram o medo de cair. Lopes et al. (2010), em um estudo transversal, demonstraram que 59% e 75% dos idosos relataram medo de cair dentro e fora de casa. Da mesma forma, Lopes et al. (2009) encontraram prevalência do medo de cair em 90,48% dos idosos, em pelo menos uma atividade cotidiana, e 80 deles (54,42%) apresentaram histórico de quedas (HQ). A pesquisa apontou correlação positiva entre o medo de cair e mobilidade, equilíbrio dinâmico, idade, risco e HQ, focalizando o aspecto multifatorial do evento.

Em outra perspectiva, o medo de cair teve alta frequência com taxa variável entre 44 a 88,5% da amostra de idosos (MAIAL et al., 2011) e o medo de vivenciar quedas estava associado a insegurança com o ambiente, no relato de idosas sedentárias que não referiram preocupação em cair (40,11%), com 30% de relatos referentes a um pouco de preocupação, 25,33% com moderada preocupação e 4,6% com muita preocupação (REZENDE et al., 2010).

Há vários estudos com evidência científica acerca do número de quedas ser maior entre as mulheres. Essa tendência permeia discussões em torno do conhecimento de senso comum de que a mulher vive mais e de que geralmente se fazem maioria nos espaços geronto-geriátricos pesquisados. Outro argumento relaciona-se às atividades que as mulheres desempenham o que envolve muitas vezes o ambiente doméstico, cenário frequente de ocorrência do evento quedas.

Nesse contexto, o recorte de gênero foi perceptível nessa revisão. Alguns estudos apontaram maior número de quedas em mulheres, exemplificados por Fabrício e Rodrigues, (2006), Moreira et al. (2007), Siqueira et al. (2011), Aveiro et al. (2012), Cruz et al. (2012) e Fhon et al. (2012), sendo que para Siqueira et al. (2007) essa evidência deu-se de forma significativa em 40,1% da amostra. O estudo de revisão de Maciel (2010) chamou atenção para a intensidade e a gravidade do evento e para Lopes et al. (2010) 62% dos idosos caídores eram do sexo feminino. Manrique-Espinoza et al. (2011) em análise por regressão logística estratificada por sexo mostraram ser maior a chance de ocorrer mais

quedas no grupo de mulheres, presumindo-se que o sexo feminino é fator de vulnerabilidade e apresentam maior fragilidade (MARIN et al., 2007).

Alguns estudos tiveram como foco de investigação as características das quedas em amostra constituída especificamente por mulheres, partindo da premissa de que entender os mecanismos das quedas em mulheres auxiliará nas ações de prevenção e de formulação de políticas capazes de gerenciarem esse problema. Aguiar et al. (2009) demonstraram prevalência de quedas maior nas mulheres idosas com mais de 70 anos. Silva et al (2009) avaliaram a frequência de quedas e sua associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio corporal de 266 mulheres idosas na pós-menopausa com e sem osteoporose. Mulheres com osteoporose apresentaram menor índice de massa corpórea (IMC), menor escolaridade, menor tempo de uso de terapia hormonal e menor idade na menopausa. A frequência de quedas foi significativamente maior no grupo de mulheres com osteoporose (51,1%), o que se pode relacionar a fatores de morbidade promotores de complicações.

Outro estudo que analisou amostra constituída somente por mulheres avaliou 205 idosas sob diversos aspectos, inclusive em relação a aspectos socioeconômicos e demográficos e sobre a prevalência de quedas em idosos de diferentes etnias autodeclaradas. Verificou-se significância entre etnia autodeclarada e ocorrência de quedas em 12 meses, medo de cair e quase quedas prevalente entre os grupos, com pouca dificuldade na realização de atividade de vida diária (AVD) e risco médio a quedas por mobilidade reduzida, com frequência maior de quedas aos idosos negros (SILVA et al, 2012).

A capacidade funcional e as condições para executar as atividades de vida diária estão diretamente relacionadas. Manrique-Espinoza et al. (2011) determinaram prevalência de dependência funcional em 30,9% da amostra estudada de idosos em condições de pobreza no México. Além disso, o aumento no número de acidentes durante os dois últimos anos foi significativamente associado com dificuldades para executar atividades básicas da vida diária entre os idosos pobres.

Dos estudos selecionados, apenas o estudo de Lai et al. (2009) mapeou as ocorrências de quedas e os possíveis atributos ambientais em uma comunidade urbana de Hong Kong, provocando discussão acerca da ocorrência das quedas diante de um cenário público com possibilidades iatrogênicas sob enfoque coletivo e social-comunitário. A análise descritiva apontou características p/sexo e faixa etária, excluindo

quedas em interiores. Dos 281 locais de queda exterior, o maior grupo do estudo correspondeu a 72%, com idade entre 65 anos ou mais, entre os quais 67% eram do sexo feminino. A metodologia abordou técnicas para determinar pontos-chave de representação do maior risco de quedas em locais específicos.

A maior parte dos 78 estudos selecionados concentrou-se em analisar as quedas do ponto de vista físico, ambiental e psicológico. Os estudos de Manrique-Espinoza et al. (2011), Silva et al. (2012) e Lai et al. (2009) focalizaram, de forma mais detalhada, as quedas do ponto de vista dos determinantes sociais da saúde, voltadas a saúde do idoso, ou mesmo dos determinantes do envelhecimento ativo, ampliando o horizonte de análise e integrando as dimensões que fazem parte do processo de viver, tais como condição socioeconômica, condição de moradia, ocupação, raça-etnia, entre outros, os quais podem funcionar como sinalizadores de uma análise das quedas de grupos de idosos cultural e socialmente vulneráveis.

3.2 FATORES DE RISCO

Em relação aos **Fatores de risco** 64 estudos apontaram as causas para o evento. Estes estudos procuraram caracterizar os riscos para queda ao identificar a presença de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os estudos dessa revisão identificaram como fatores intrínsecos que predisõem às quedas: a faixa etária mais elevada mencionada por Gama et al. (2008), Almeida et al. (2012) e Maciel (2010); o sexo feminino mencionado por Gama et al. (2008); a autopercepção ruim da saúde apontada por Almeida et al. (2012); insônia, fatores psicológicos mencionados por Costa et al. (2012); inatividade, aspectos cognitivos e vestibulopatias mencionados por Piovesan et al. (2011); múltiplas patologias e uso de medicamentos apontados por Marin et al (2007) e Costa et al. (2012); alterações visuais identificada por Piovesan et al. (2011); redução da acuidade visual e quedas recorrentes mencionada por Maciel (2010); tontura/vertigem identificada por Pinho et al. (2012) e, em 28,8% no estudo de Fhon et al. (2012), assim como alterações musculares em 30% no mesmo estudo.

Shumway-Cook et al. (2009), em estudo longitudinal com 12.669 idosos pertencentes ao plano de seguro americano *Medicare Beneficiários Survey*, apontaram associação das quedas com o aumento da idade, ao sexo feminino, relato de saúde regular ou ruim, e aumento do número de limitações nas atividades da instrumentais da vida diária e comorbidades. O estudo levantou o debate acerca do custo das quedas e,

mesmo sem estimativas reais, foi possível visualizar os gastos que as quedas podem provocar, principalmente em face das quedas recorrentes. Sendo assim, a distribuição de custos como uma porcentagem dos custos totais por categoria de cuidados de saúde foi semelhante através das três categorias de estado de queda, com um intervalo de 3% a 5% de saúde dólares gastos em cuidados de saúde em casa, 30% a 36% gasto em cuidados hospitalares, 30% a 36% gasto em custos do fornecedor, 11% a 13% gasto em ambulatório custos.

As alterações posturais, do equilíbrio (Costa et al., 2012) e marcha foram igualmente identificadas como fator de risco intrínseco (Marin et al., 2007; Lira et al., 2011) com 50% para Fhon et al. (2012). Bourque et al. (2007) verificaram que os idosos que usavam dispositivos de assistência ao caminhar e que estavam apreensivos sobre sua caminhada e seu equilíbrio tinham mais probabilidade de cair.

Almeida et al. (2012) analisaram os fatores de risco e encontraram relações estatisticamente significativas entre faixa etária, autopercepção de visão, tipo de moradia, última renda mensal e o Teste do Alcance Funcional (TAF) e entre faixa etária, autopercepção de saúde e o teste de equilíbrio *Timed Up and Go Test* (TUG).

Gama et al. (2008) em revisão sistemática de evidências de estudos prospectivos de múltiplos fatores de risco como preditores para quedas apontaram fatores como: quedas anteriores, distúrbios da marcha, incapacidade funcional, prejuízo cognitivo, uso de medicação psicotrópica e atividade física excessiva.

Segundo Aveiro et al. (2012) a população idosa analisada apresentou menor mobilidade e maior risco de quedas em comparação à população idosa sem doenças em estágios limitantes e independente para as atividades de vida diária. Indivíduos considerados caidores demoravam mais tempo para a realização do TUG.

Borges et al (2010) correlacionaram o equilíbrio e o ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE). O grupo estudado apresentou média de 28,96 segundos no TUG, variando de 8 a 70 segundos, sendo que 36% dos indivíduos realizaram o teste em 30 segundos ou mais, apresentando alto risco de quedas. Na Escala Ambiental de Risco de Quedas Adaptada, os domicílios avaliados apresentaram alto risco de quedas para os idosos. A correlação entre o equilíbrio dos idosos acometidos pelo AVE com o ambiente domiciliar mostrou-se positiva e estatisticamente significativa.

Investigar sintomas e doenças que representam risco para quedas deve fazer parte de ações diagnósticas de comorbidades que causam

quedas, a exemplo do exame vestibular que permite associar as queixas dos idosos aos sintomas de tontura e vertigem, com possibilidade de auxiliar na prevenção de quedas e quedas recorrentes. Ganança et al. (2006) realizaram diagnóstico de vestibulopatia periférica (81,5%), vertigem posicional paroxística benigna (43,8%) e labirintopatia metabólica (42,2%), relacionando a vestibulopatia às quedas e ao medo de cair, ao passo que Ganança et al. (2010) verificaram que a vertigem posicional paroxística benigna reduziu após a realização de manobras de reposicionamento de partículas, além de evidenciar a associação de doenças vestibulares com disfunções hormonais e distúrbios metabólicos presentes em mulheres.

Gangavati et al (2012) investigaram as relações entre hipertensão não controlada e controlada e hipotensão ortostática (OH). A hipotensão ortostática foi maior em participantes com hipertensão arterial não controlada; a pressão sistólica em 1 minuto foi de 19% nos participantes com hipertensão não controlada, 5% naqueles com hipertensão controlada, e de 2% naqueles sem hipertensão. OH somente, não foi associada com quedas. A prevalência de OH pode ser um sinalizador na identificação do risco de quedas.

Pluijm et al. (2006) analisaram e identificaram os preditores do perfil de risco para quedas recorrentes: duas ou mais quedas anteriores, tonturas, limitações funcionais, fraca força de preensão, baixo peso corporal, medo de cair, a presença de cães / gatos na casa, um alto nível educacional e abuso de álcool.

As causas das quedas estão relacionadas a diversos fatores de risco e conhecer as circunstâncias em que as mesmas ocorrem auxilia na prevenção. Em relação à última caída, 39,1% sofreram a queda fora do domicílio, 51,6% ocorreram no período da manhã, 51,6% por mecanismo de propulsão, 53,1% durante a deambulação, 25,0% causadas por tontura e 23,4% por tropeço. A restrição das atividades foi significativamente maior nos que sofreram duas e mais quedas, quando comparados a idosos que sofreram uma queda no estudo de Ganança et al. (2006).

Os *fatores de risco extrínsecos* foram avaliados por vários estudos de revisão. Em estudo de Pinho et al. (2012), com 150 idosos, as quedas foram ocasionadas em sua maioria por fatores extrínsecos. Para Almeida et al. (2012) os fatores encontrados foram o tipo de moradia (residir em casa) e a renda mensal igual ou inferior a um salário-mínimo.

Piovesan et al. (2011) relacionaram ao ambiente domiciliar os fatores de risco identificados na população estudada. Maciel (2010)

analisaram como fatores extrínsecos os fatores de risco ambientais, os tipos de pisos e iluminação inadequada, a qual se caracterizou como fator extrínseco estatisticamente significativo nos achados de Lopes et al. (2010).

Outros estudos identificaram a ocorrência de quedas na presença de escadas/degraus e calçados inadequados para a idade, de acordo com Marin et al. (2007); em consequência de pisos escorregadios mencionados por Marin et al. (2007), Lira et al. (2011) e Pinho et al. (2012). Fhon et al. (2012) relacionaram as quedas a pisos irregulares 26,3%, 18,8% ou buracos, 11,3% de degrau alto e/ou desnível do piso; 8,8% de objetos no chão e 7,5% em relação a tapetes soltos (FHON et al., 2012). Ganança et al. (2006) apontaram associação significativa das quedas e suas causas, sendo que a queda por escorregamento foi maior em idosos que referiram uma queda e a causa de quedas por tontura teve maior ocorrência em idosos que referiram duas e mais quedas.

Os espaços urbanos também constituem fator de risco para quedas e ao analisá-los permite rastrear as populações vulneráveis. Lai et al. (2009) apontaram quedas ao ar livre em 98,6% piso irregular, molhados ou escorregadios. Entre os idosos que caíram ao ar livre, 78% tropeçou em uma superfície irregular (calçada, tijolo solto, obstáculo, pavimento irregular, escadas e etapa) e 42% deslizou sobre uma superfície molhada ou escorregadia.

Rocha et al (2010) identificaram os fatores de vulnerabilidade dos idosos às quedas seguidas de fratura de quadril, onde os idosos da pesquisa foram expostos de maneira interdependente às diferentes dimensões de vulnerabilidade às quedas. Avaliar os fatores de vulnerabilidade do idoso instrumentaliza os profissionais de saúde, principalmente os profissionais da enfermagem no cuidado à saúde do idoso.

Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde possam alertar a família e a comunidade sobre a importância de diagnosticar os possíveis fatores de risco aos quais os idosos estão expostos. Percebe-se a existência de um processo de passividade em aceitar o envelhecer, sendo a queda um fator preditor da diminuição da capacidade funcional e da autoestima da pessoa idosa. O idoso ao cair sente-se fragilizado e tende a não se expor novamente ao risco de outra possível queda, verificando-se uma associação entre a vulnerabilidade do idoso, seja física, psicológica ou social, com seu comprometimento funcional (CARVALHO et al., 2010).

Nascimento et al (2009) relacionaram a tendência referida para quedas. Do total dos pacientes avaliados, 23,8% referiram tendência a quedas. Destes, 39,1% relataram queda no último ano.

Morais et al (2012), verificaram os fatores de risco pra quedas, por meio da avaliação dos diagnósticos de enfermagem: Equilíbrio prejudicado (100%), Idade acima de 65 anos (83,7%) e Déficit proprioceptivo (83,7%).

Santos et al. (2012), em revisão integrativa, analisaram a produção científica de fatores de risco para quedas, a partir do diagnóstico da *North American Nursing Diagnosis Association*, na literatura científica brasileira e estrangeira, de 2005 a 2010. Os resultados foram relacionados aos diagnósticos e foram identificados como: fatores de riscos ambientais, como recinto com móveis e objetos/tapetes espalhados pelo chão, pouca iluminação, piso escorregadio; fatores de riscos cognitivos, tais como estado mental rebaixado; fatores de riscos em adultos, como idade acima de 65 anos; fatores de riscos fisiológicos, como equilíbrio prejudicado, dificuldades visuais, incontinência, dificuldade na marcha, neoplasia; fatores de riscos para uso de alguns medicamentos.

Ao identificar aspectos de gênero nos fatores de risco, Silva et al. (2011) compararam os fatores de risco para quedas em idosas com diferentes níveis de atividade física, sugerindo que as idosas com níveis de atividade física moderadamente ativo e ativo apresentaram menor risco de quedas, comparado a idosas sedentárias. Ao compararem o equilíbrio, o controle postural e a força muscular em 45 idosas osteoporóticas divididas em dois grupos com e sem quedas referidas no último ano, Meneses et al, (2012) evidenciaram que idosas osteoporóticas com histórico de quedas nos últimos 12 meses possuíam pior equilíbrio e controle postural em relação a idosas osteoporóticas sem quedas referidas.

Lujan Yeannes (2006) analisou cada domicílio, na presença de interação e intervenção de fatores de risco ambientais e comportamentais, verificando a modificação do risco de 129 idosos caidores que receberam tratamento preventivo. Os resultados evidenciaram o grau de interação entre os riscos (na combinação de fatores ambientais e comportamentais) e a independência desses fatores (como as condições de iluminação, sendo que o fator de risco foi unicamente comportamental, sem influência do ambiente).

Os **fatores de risco intrínsecos** evidenciaram, de forma geral, a relação da queda com atividades de vida diária, comorbidades, capacidade funcional, medo de quedas recorrentes e qualidade de vida.

As quedas apareceram associadas às disfunções nutricionais (60,4%), a quatro ou mais morbidades (76%), declínio cognitivo em 62% dos idosos, de acordo com Aguiar et al. (2009) e sintomas sugestivos de depressão (AGUIAR et al., 2009; PEREIRA et al. 2013). Para Siqueira et al. (2007) as quedas associaram-se à autopercepção de saúde como sendo ruim e maior número de medicamentos de uso contínuo.

O sedentarismo assim como a obesidade também tem sido associado à queda de idosos (SIQUEIRA et al., 2007; SIQUEIRA et al., 2011). As variáveis sedentarismo e Índice de Massa Corporal (IMC) revelaram que obesos e sedentários apresentaram maior probabilidade de sofrer queda (SIQUEIRA et al., 2011). Benedetti et al. (2008) encontraram associação estatisticamente significativa entre queda e problemas nos pés e nas articulações. Para Curcio et al. (2009) as quedas recorrentes apareceram relacionadas à instabilidade postural e tonturas. Pereira et al. (2013) encontraram associação da prevalência de sintomas de insônia com o cochilo diurno em 49,9% (n=339) e 62,8% (n=432), respectivamente.

Pereira e Ceolim (2011) sistematizaram estudos para avaliar a relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. Os estudos mostraram que os distúrbios do sono podem piorar o desempenho funcional, além de representarem fator de risco independente para quedas em idosos. Verificou-se relação entre insatisfação e fragmentação do sono, com o risco aumentado de queda. Os estudos sistematizados apontaram evidências quanto ao despertares noturnos, noctúria, sonolência diurna e uso de medicamentos a um maior risco de quedas.

Moreira et al. (2007) encontraram associação positiva e independente com os diagnósticos de enfermagem: perda de equilíbrio, pressão arterial elevada, fraqueza e incontinência urinária. Utilização de medicamento é importante variável para aumentar a suscetibilidade de ocorrerem quedas. Não se observou associação entre quedas e os diagnósticos: visão alterada, audição alterada, dores osteoarticulares, marcha alterada e hipotensão postural.

Curcio et al (2009) associaram o medo de cair de forma significativamente maior naqueles idosos com quedas recorrentes, bem como na deterioração da sua saúde. Da mesma forma, os fatores intrínsecos foram associados à mobilidade, ao equilíbrio e marcha, a problemas de saúde e à diminuição da capacidade e funcional.

No estudo transversal de Cruz et al (2012) a osteoporose aparece fortemente associada a quedas, fraturas e declínio da capacidade

funcional e qualidade de vida. Fhon et al. (2012) encontraram forte correlação entre o nível de independência funcional e as atividades instrumentais com a idade.

Silva et al, (2012) avaliaram fatores associados como frequência, e a relação entre mobilidade e funcionalidade, a ocorrência de quase-quedas e o medo de cair e a relação entre aspectos socioeconômicos e demográficos sobre a prevalência de quedas em idosos de diferentes etnias autodeclaradas. Verificou-se associação significativa entre etnia autodeclarada e ocorrência de quedas em período de 12 meses, medo de cair e quase quedas prevalente entre os grupos, com pouca dificuldade na realização de atividade de vida diária e risco médio a quedas por mobilidade reduzida, com frequência maior de quedas nos idosos negros.

Em pesquisa longitudinal de 5 anos, com uma amostra considerável de 46.946 pessoas, evidenciou associação do número de medicamentos para diabetes e o risco de quedas em uma população multiétnica de pessoas com diabetes tipo 2, porém em toda faixa etária adulta, e não com as pessoas com 60 anos e mais. Por outro lado considera-se o estudo relevante por ter focalizado o caráter multiétnico que com frequência mostra-se ausente nas investigações sobre quedas, sobretudo em relação à raça/etnia de idosos (HUANG et al., 2010).

Manrique-Espinoza et al (2011) encontraram associação significativa do aumento do número de acidentes durante os últimos dois anos e as dificuldades para executar atividades básicas da vida diária em idosos pobres.

O estudo de Manrique-Espinoza et al (2011) trouxe importante contribuição a essa revisão, no sentido em que provoca crítica a respeito da vulnerabilidade de idosos em situação de empobrecimento e a necessidade de estratégias específicas para prevenir a dependência funcional de pessoas idosas.

De acordo com Pereira et al. (2013), em relação à vulnerabilidade os idosos do sexo feminino aparecem como fator associado às quedas, sendo mais um critério de avaliação específico a ser adotado pelos protocolos de saúde na prevenção e controle do evento quedas. Assim, presume-se que o sexo feminino é um fator que afeta o estado de saúde mais vulnerável (MANRIQUE-ESPINOZA et al. 2011).

Teixeira et al. (2011), em estudo com amostra de 50 idosos, relataram fatores associados a quedas: tontura, teste do alcance funcional e histórico de quedas. Doze (24%) idosos referiram que sentiam tontura de forma constante, 14 (28%) às vezes e 24 (48%) não apresentavam sintoma, sendo que 12 (24%) relataram quedas nos 6

meses anteriores a coleta de dados. Somente cinco (10%) relataram ter adotado medidas de proteção para evitar quedas. Os autores recomendam que outros estudos devam ser realizados com amostra maior, tendo em vista que não foi significativa a associação entre tontura, o teste do alcance funcional e o histórico de quedas.

Kirkood et al. (2006) avaliaram a marcha de idosos caidores e não-caidores pela biomecânica da marcha, sendo que alterações na marcha ocorrem com o envelhecimento e as mesmas, muitas vezes, relacionam-se com as quedas, pois idosos tendem a diminuir a velocidade e o tamanho da passada e aumentar a base de suporte e o tempo da fase de duplo apoio para ganho de estabilidade. Segundo os autores, os resultados podem auxiliar na elaboração de programas e intervenções capazes de prevenir e evitar as quedas, focalizando as respostas musculares do envelhecimento.

Alguns estudos apresentaram associação entre caidores e não caidores, sedentários e não sedentários relacionados às quedas pela utilização de testes. Dentre esses testes e estudos, observou-se grande utilização da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), também conhecida como *Berg Balance Scale*, que é uma escala para avaliar equilíbrio dinâmico e estático de idosos em relação a fragilidade no equilíbrio, podendo-se identificar nos estudos de Cano et al. (2010), Padoin et al. (2010), Gonçalves et al. (2009), Mujdeci et al. (2012), Bardin e Dourado (2012), Santos et al. (2011) e Pimentel et al. (2009).

O estudo de Cano et al. (2010), que demonstraram correlação para o Teste de *Tinetti* e o "*Get Up and Go*" (TUG), afirmando que os referidos testes devem ser utilizados como ferramenta iniciais para avaliar o risco de quedas, tendo em vista sua comprovada significância. Padoin et al. (2010) igualmente avaliaram o risco de quedas e recomendaram a utilização de teste que revelaram associação, sendo: o teste TUG, a Escala de Berg e o *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA), na relação significativa acerca do equilíbrio, risco de quedas, mobilidade funcional e anormalidades na marcha, evidenciado pelo grupo de mulheres ativas que obteve melhores desempenhos nos testes do que as mulheres do grupo de sedentárias.

Gai et al. (2010) também focalizaram a população feminina para verificar quais os fatores associados à presença de queda em um grupo de mulheres idosas independentes e autônomas. Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre idade, fatores sociodemográficos, tontura, medicação psicotrópica, má autopercepção da saúde e da visão e presença de depressão com o fenômeno queda. Entretanto, houve relação de significância estatística para o Teste do

Alcance Funcional (TAF) e a Escala de Equilíbrio e Teste de *Tinetti*, também sugerindo a eficácia na utilização dos instrumentos.

Gonçalves et al. (2009) ao compararem o equilíbrio funcional de idosos sem história de quedas, com uma queda e com quedas recorrentes, constataram que os idosos com histórico de uma queda e quedas recorrentes realizaram o TUG em um tempo maior do que idosos sem relato de quedas, sendo esta diferença significativa. Idosos com histórico de quedas apresentaram comprometimento na avaliação do equilíbrio funcional em relação àqueles sem quedas. A correlação entre a Berg e o TUG foi significativa nos três grupos.

Mujdeci et al. (2012) avaliaram o equilíbrio entre idosos que sofreram quedas e aqueles que não sofreram, buscando identificar associações com distúrbio do equilíbrio postural. A Escala de Berg foi determinante para avaliar o risco de queda entre indivíduos idosos, e pode ser utilizado nas clínicas que não têm recursos financeiros para adquirirem dispositivos complicados como a Posturografia Dinâmica Computadorizada (PDC), que foi testado juntamente com Berg nesse estudo e demonstrou que valores de PDC e EEB em idosos que sofreram quedas estiveram significativamente mais baixos quando comparados àqueles que não caíram.

Bardin e Dourado (2012) compararam as associações entre os desempenhos no *Incremental Shuttle Walk Test* (ISWT) e no TUG e a ocorrência de quedas em mulheres idosas. A distância percorrida no ISWT correlacionou-se com o TUG, com a EEB e com o número de quedas.

Santos et al. (2011) analisaram os valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não-praticantes de atividade física. Estudo mostrou diferença significativa entre as quedas e a prática de atividade física diante da média da escala EEB, porém outras escalas são recomendadas para avaliar de forma mais significativa entre idosos praticantes de atividade física, como por exemplo: o *Timed Up and Go*, Velocidade de Marcha e *Dynamic Gait Index*, uma vez que a EEB torna-se insensível às diferenças individuais entre idosos praticantes de atividades físicas, resultando em níveis muito altos de capacidade de equilíbrio.

Pimentel et al. (2009) compararam o risco de quedas entre idosos sedentários e ativos, verificando como a prática de exercício físico se reflete no desempenho dos sujeitos, utilizando-se a escala de Berg. O desempenho na escala de Berg foi pior no grupo sedentário do que no ativo, sugerindo que a prática regular de atividades físicas pode

interferir nesse desempenho e que os sujeitos ativos têm menor risco de queda.

Outro instrumento foi utilizado para avaliar o desempenho físico de idosos que praticam atividade física regularmente e sedentários, no escore total do teste *Short Physical Performance Battery* (SPPB), observou-se que os idosos ativos apresentaram melhores resultados em relação aos sedentários. Dessa forma, apontaram “bom desempenho”, (sedentários 40% - ativos 73%), “moderado desempenho” maior em sedentários (40%) do que em ativos (26%), e a graduação de “baixo desempenho” foi encontrada somente no grupo dos sedentários em 26% (SILVA et al., 2010).

Perracini et al. (2011) exploraram os fatores relacionados a quedas em idosos com diferentes níveis de atividade física. A prevalência de quedas foi menor no grupo de idosos mais ativos (47,4%) quando comparada à dos idosos menos ativos (71,4%). A análise identificou que, no grupo mais ativo, ter caído estava associado a sintomas depressivos, preocupação em cair e velocidade da marcha autoselecionada. Para o grupo menos ativo, a associação ocorreu com idade e incapacidade funcional.

Ricci et al. (2010) procuraram identificar os fatores sociodemográficos, clínico-funcionais e psicocognitivos associados ao histórico de quedas de idosos saudáveis. Não houve diferença entre os grupos quanto aos dados sociodemográficos. Os idosos do grupo sem quedas apresentaram menor queixa de dor e de tontura, melhor mobilidade, capacidade funcional e menor relato de quase quedas quando comparados aos idosos dos grupos com histórico de quedas. Avaliação psicocognitiva os idosos com quedas recorrentes revelaram maior escore para humor deprimido e maior déficit cognitivo do que os sem quedas.

Cristofolletti et al. (2011) compararam o risco de quedas entre sete idosos com doença de Parkinson (DP), seis com doença de Alzheimer (DA) e sete saudáveis (controle). Analisando as relações do risco de quedas com declínio cognitivo e com nível de atividade física, a “análise aos pares” apontou comprometimento maior do equilíbrio no grupo DA, no qual também foram observados menores valores no Mini Exame do Estado Mental (MEEE). O grupo com DP foi caracterizado por apresentar um maior nível de atividade física. O estudo demonstrou que distúrbios cognitivos favorecem maior número de quedas, menos em DP em comparação a DA.

Em outro estudo longitudinal prospectivo, com 692 idosos, apontou a noctúria como fator independente das quedas, no qual os

resultados da investigação apontaram uma noção de que as quedas se repetiriam decorrente da saída da cama, talvez em um estado sonolento, para caminhar até o banheiro em um quarto escuro ou mal iluminado (VAUGHAN et al., 2010).

Em estudo de Narciso et al. (2010) identificou-se a altura percentual do centro de gravidade (CG) e o número de quedas (NQ) sofridas pelos idosos nos últimos 12 meses, tentando compará-los entre o grupo de idosos ativos e sedentários e correlacioná-los com as variáveis antropométricas (massa corporal, estatura e IMC). Concluiu-se que os idosos apresentaram valor do CG acima do considerado fisiológico (55%), não havendo associação significativa entre a altura percentual do CG, as variáveis antropométricas e o NQ.

Estudo de Brito et al (2013) demonstrou forte associação entre quedas e dependência funcional. Gomes et al. (2009) analisaram entre idosos com ocorrência de quedas, a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, físicas e funcionais segundo as variáveis critério desempenho físico e número de quedas. Assim, os idosos que já caíram, tiveram piores níveis de desempenho físico e relacionam-se com maior faixa etária, mais doenças e menos independência funcional.

Rodrigues e Ruscalleda (2009) revisaram a literatura científica para avaliar o evento queda, o senso de satisfação com a vida e a autoeficácia diante do envelhecimento. Experiências negativas como quedas e medo de cair interferem diretamente na perda da independência em atividades básicas do dia a dia e nas relações sociais e pessoais. Mesmo dado o caráter subjetivo de alguns desses conceitos, foi possível perceber que o evento quedas e o medo de cair, interferem na funcionalidade diária e na qualidade de vida das pessoas idosas.

Lima et al. (2009) identificaram o padrão de uso de álcool entre idosos e analisar sua associação com quedas. Em relação ao uso de álcool, 50,9% nunca haviam feito uso, 25,5% não bebeu no último ano e 23,6% fizeram uso de álcool no último ano. Entre os bebedores, 14 (13,7%) relataram uso de risco de álcool. No ano anterior, 24,5% relataram quedas, que se associou a uso de risco de álcool e a ser mais velho. Embora a relação entre uso de álcool e risco de queda encontrada neste estudo não permita inferir causalidade, tal associação sustenta a hipótese de que abuso de álcool entre idosos pode estar relacionado a problemas de saúde.

Rezende et al. (2012) relacionaram sistematicamente as publicações existentes com os principais grupos farmacológicos associados ao aumento do risco de queda, sendo esses: antidepressivos, sedativos, ansiolíticos, diuréticos. Os autores demonstraram que o uso

de alguns medicamentos por idosos, especialmente diuréticos e benzodiazepínicos, representa um potencial fator de risco de quedas.

A presente revisão selecionou estudos que foram fruto de pesquisas longitudinais, de amostras consideráveis, que avaliaram associação das quedas com uso de medicamentos, depressão e dor crônica.

Berry et al. (2010), em pesquisa longitudinal prospectiva com 654 idosos, estudaram a má aderência à medicação como fator associado a quedas, evidenciando que 48% dos idosos foram classificados como tendo baixa adesão à medicação. Após ajuste para idade, sexo, raça/etnia, educação, consumo de álcool, medidas cognitivas, estado funcional, depressão e número de medicamentos, baixa adesão à medicação foi associada com um aumento da taxa de queda em 50% em comparação com alta adesão à medicação.

Cavalcante et al. (2012) investigaram aspectos associados à ocorrência de quedas em 50 idosos, em que as causas foram relacionadas principalmente ao ambiente doméstico inadequado (57%). A maioria dos participantes (80%) fazia uso de algum tipo de medicação, sendo os anti-hipertensivos utilizados por 42% do grupo e 33% dos idosos que caíram foram submetidos à internação hospitalar. A prevalência de mulheres na amostra não influenciou a maior ocorrência de quedas. Resultados apontam que todos os acidentes ocorreram na própria residência.

Leveille et al. (2009) determinaram em 749 idosos se a dor musculoesquelética crônica está associada a um aumento da ocorrência de queda, sendo assim a dor mais grave ou incapacitante no início do estudo foi associada com taxas de queda maior. O maior risco de queda foi observado em pessoas que tinham dois ou mais locais de dor. A dor contribui para o declínio funcional e fraqueza muscular e está associado com limitações de mobilidade.

Em estudo prospectivo com 722 idosos, Eggermont et al. (2012) investigaram sintomas de depressão e grupos de sintomas associados à risco de queda e para determinar se a dor crônica tem relação com a depressão e o risco de queda, demonstrando que sintomas depressivos e dor crônica estão associados com risco de quedas, sendo clinicamente relevante devido à natureza relativamente modificável depressão e dor.

Hanlon et al. (2009), em estudo longitudinal com 3.055 idosos, buscaram associação das quedas quanto ao uso de medicamento atuantes no SNC. Dessa forma, doses diárias totais mais elevadas de medicamentos do SNC foram associadas com quedas recorrentes, no

entanto mais estudos são necessários para determinar o impacto da redução do número de medicamentos do sistema nervoso central.

Motta et al (2010) evidenciaram associações das quedas com más condições de saúde, capacidade funcional e satisfação com a vida. Os fatores associados às quedas têm desafio de implantar medidas necessárias para seu controle, que dependem do envolvimento de vários agentes, ou seja, pela análise multifatorial de associação, para além dos estudos anteriores que também apontam os fatores evidenciados nesse estudo.

3.3 REPERCUSSÕES DA QUEDA

A categoria acerca das **Repercussões da queda** contou com nove artigos que apontaram como principais desfechos as incapacidades e as fraturas, e a morte como desfecho final.

Maial et al. (2011) realizaram uma revisão sistematizada da literatura acerca das consequências das quedas em idosos, identificando-as em: fraturas, imobilização, lesões de tecidos moles, contusões, entorses, feridas e abrasões, lesões musculares e neurológicas, surgimento de outras doenças, dor, declínio funcional e atividade física, atendimento médico, hospitalização, reabilitação, medo de cair, abandono de atividades, tristeza, mudança na vida/comportamentos, sentimento de impotência, declínio em atividade social, perda de autonomia e da independência, mudança de domicílio/ambiente, rearranjo familiar e desfecho final com a morte. As fraturas e o medo de uma nova queda ficaram dentre as consequências mais citadas, sendo que o medo teve alta frequência.

No estudo de Curcio et al. (2009) os idosos com quedas recorrentes apresentaram um maior percentual de quedas com algum tipo de lesão, aumentando a deficiência em atividades da vida diária, nos seus níveis físicos, instrumentais e sociais. Brito et al. (2013) e Suelves et al (2010) encontraram relação das quedas com a capacidade funcional. Brito et al. (2013) e Fhon et al. (2012) encontraram, respectivamente, forte correlação entre o nível de independência funcional de idosos e as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). De acordo com Fhon et al. (2012), a maioria das quedas ocorreu da própria altura, seguida por queda da cama, sendo que 12,5% foram quedas durante a hospitalização.

Assim, algumas pesquisas apontaram as fraturas como principal desfecho. Siqueira et al. (2011) observaram que 11% dos idosos 6.616 idosos tiveram fratura como desfecho e 36% do total de idosos haviam

recebido orientações acerca dos cuidados necessários para evitá-las, e cerca de 1% necessitou intervenção cirúrgica. Aguiar et al. (2009) demonstraram que 12,1% dos idosos caídores também tiveram fratura como o principal desfecho, ao passo que no estudo de Cruz et al. (2012) 19% dos 4.003 idosos tiveram fratura como consequência da queda que sofreram, sendo que a maior parte das quedas (59%) ocorreu no domicílio, com a necessidade de auxílio para locomoção e com o diagnóstico autoreferido de osteoporose. Rocha et al. (2010) apresentaram uma amostra de idosos de elevada vulnerabilidade individual/biológica, social e programática/institucional ao sofrerem quedas seguidas de fratura de quadril. Fhon et al. (2012) identificaram que as maiores consequências das quedas consistiram em escoriações.

O medo tem sido relacionado como importante consequência das quedas ao provocarem nos idosos a insegurança de mobilidade e o temor por novas quedas. Para Rezende et al. (2010) o medo pode ser concebido como emoção-choque, oriunda da percepção de perigo presente e urgente que ameaça a preservação do indivíduo, resultando em uma série de efeitos no organismo que o tornam apto a uma reação de defesa.

Para os mesmos autores, que realizaram pesquisa sobre quedas recidivantes de idosas sedentárias, as atividades para as quais as idosas se mostraram mais preocupadas foram: tomar banho, andar em superfícies escorregadias ou irregulares, andar em um local onde houvesse multidão e sair para eventos sociais. Na avaliação do índice de marcha dinâmica a maioria da população teve um resultado considerado preditivo de quedas, já que todas as idosas perfizeram menos que 19 pontos, sendo que baixo índice da marcha dinâmica das idosas é caracterizado como preditivo de quedas.

Outro estudo que trouxe enfoque de gênero foi o de Silva, Duarte e Arantes (2011), que avaliaram os desfechos: número de quedas, fatores de risco avaliados pelo instrumento *QuickScreen "test"*, tempo para realização do teste TUG, medo de cair e autopercepção de saúde em idosas. Assim, avaliando as consequências o estudo concluiu que o nível de atividade física está diretamente associado às quedas em idosas sedentárias, apontando que a atividade física auxilia a diminuir o risco de quedas.

As quedas provocam limitações e restringem as atividades da vida diária, tornando idosos mais dependentes e inseguros, com medo de novos episódios. Mudanças nas atividades da vida diária foram referidas por idosos em estudo que avaliou consequências do pós-queda como: deitar/levantar-se da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho,

caminhar fora de casa, cuidar de finanças, cortar unhas dos pés, realizar compras, usar transporte coletivo e subir escadas. Também foram apontadas como consequências o medo de voltar a cair, a hospitalização e o isolamento (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2006).

Freitas e Scheicher (2008) também buscaram avaliar as consequências das quedas, percebendo a preocupação dos idosos com novas quedas e identificando em quais atividades as quedas aconteceram, sendo que a maioria dos participantes manifestou grande preocupação com novas quedas nas atividades de limpeza de casa (73,1%). Grande parte das pessoas idosas demonstrou muita preocupação na realização de atividades como sentar-se ou levantar-se de uma cadeira (73%). Segundo os autores: ao analisar o idoso frente às suas incapacidades e medos permite avaliar a dimensão e a complexidade do assunto e sua influência na área da saúde, bem como atentar para o declínio nas atividades sociais associadas ao medo de cair.

No estudo epidemiológico conduzido por Gawryszewski (2010), que investigou 1.328 mortes, observou-se que as mortes ocorreram nos idosos do sexo masculino (51,2 %) e as internações (61,1%) no sexo feminino e nos atendimentos em emergências (60,4%). O coeficiente de mortalidade foi aumentando com a idade, principalmente na faixa de 80 anos e mais. As quedas no mesmo nível tiveram maior proporção de mortes definidas (35%), nas internações (47,5%) e também nas emergências (66%). A residência foi o local de ocorrência em 65,8% dos casos atendidos nas emergências. As fraturas de fêmur foram as lesões mais frequentes nas internações e emergências. Os traumatismos de cabeça assumem alta relevância nas mortes.

Ribeiro et al. (2008) analisaram o efeito das quedas e suas consequências na qualidade de vida de 72 idosos de uma comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. As consequências mais prevalentes foram as fraturas (24,3%), o medo de cair (88,5%), o abandono de atividades (26,9%), a modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%). Para os idosos pesquisados, viver em comunidades de baixa renda influencia a percepção da qualidade de vida, principalmente, tendo em vista todas as dificuldades inerentes ao ambiente de precárias condições de moradia, infraestrutura deficiente e situações de violência.

Para os mesmos autores, a qualidade de vida estava associada a fatores intrínsecos (condições de saúde e atitudes diante dos acontecimentos da vida) e como consequências estão os problemas de saúde, como fatores de risco a visão e a marcha, o sono, a tristeza e o uso de medicamentos. Os fatores extrínsecos (recursos financeiros e ambientais em torno das pessoas) foram associados a consequências do

tipo: piso escorregadio na casa, piso escorregadio no banheiro, calçados inadequados e degraus na soleira da porta (RIBEIRO et al. (2008).

Mendes e Valsechi (2007) conduziram um estudo que mostrou o despreparo do poder público diante da falta de proteção aos idosos em relação às consequências das quedas. Os autores argumentaram que as mudanças expressivas na vida dos idosos, que são vítimas de “armadilhas urbanas”, extrapolam os âmbitos da mobilidade e da dependência, invadindo sentimentos, emoções e desejos. No Brasil as atenções em relação às quedas têm ficado restritas, basicamente, às consequências das quedas e não da prevenção destas. Existe, portanto, a necessidade do exercício da cidadania por parte dos idosos como exigência de ambientes mais seguros e saudáveis diante do envelhecimento.

3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO

Este subcapítulo aborda o tema promoção da saúde no contexto do envelhecimento. Ele tem a finalidade de promover diálogo entre as políticas públicas, Envelhecimento Ativo e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), provocando reflexões acerca da vulnerabilidade da pessoa idosa que vivencia queda.

Nesse sentido, é importante observar pontos de conexão entre as políticas, a fim de potencializar o debate entre seus conceitos, objetivos e princípios regidos por cada uma delas. Faz-se necessário refletir também sobre as ações de saúde implementadas a partir dessas políticas, bem como sobre suas potencialidades para integrarem uma agenda de ações intersetoriais. Acredita-se que tanto a promoção da saúde quanto o envelhecimento ativo não são atribuições de caráter exclusivo do setor saúde.

As concepções de promoção da saúde, a partir de uma perspectiva histórica, desde as conferências até os conceitos atuais de saúde e de promoção, estão imersas num cenário de concepções holísticas, intersetorial e participativa. Essas dimensões constituem-se então em: ações de concepção holística, de multicausalidade do processo saúde-doença como uma realidade de natureza complexa; ações intersetoriais que representam o desafio de ultrapassar as barreiras setoriais com uma multiplicidade de olhares dessa realidade complexa; e ações de participação social, fortalecedoras de práticas democráticas e promotoras da corresponsabilidade (WESTPHAL, 2006).

O processo saúde-doença é resultado de múltiplos e complexos fatores, sendo a área da saúde responsável por dar visibilidade a esses aspectos. A PNPS foi redefinida, na Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, e traz em sua base o conceito ampliado de saúde, alinhado aos preceitos do próprio Sistema Único de Saúde que *“aponta para a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la...”* (BRASIL, 2015, p. 6).

Além da articulação e visibilidade necessárias para efetivar a PNPS junto a outras políticas, entende-se que em seu objetivo reside o olhar de que a vulnerabilidade tem determinantes em diversas áreas, as quais incidem sobre a vida dos idosos. Então, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem o objetivo de:

“... promover equidade e melhorar as condições e modos de viver das pessoas, ampliando potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos oriundos dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2015, p. 28).

Com isso, as situações de vulnerabilidade que a pessoa está exposta demonstram a fragilidade do idoso expressa em diversos determinantes. O envelhecimento ativo traz seis dimensões desses determinantes, tais como: 1) serviços sociais e de saúde; 2) comportamentais; 3) pessoais; 4) sociais; 5) econômicos, e 6) ambiente físico, além de dois determinantes transversais, que são o gênero e a cultura. As dimensões de gênero e de cultura perpassam todos os outros determinantes, pois o envelhecimento apresenta-se objetiva e subjetivamente diferente, conforme as culturas e o gênero das pessoas. Tornou-se necessário conhecer mais detalhadamente a expressão desses determinantes na vida dos idosos, uma vez que permitiriam que os profissionais tivessem acesso a indicadores de saúde para trabalhar nas ações de promoção e prevenção de agravos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Nesse contexto, observa-se que pesquisas têm surgido no sentido de avaliar o envelhecimento dos idosos do ponto de vista dos “determinantes do envelhecimento ativo”. Esses atributos agiriam na condição de envelhecimento como metas a serem alcançadas ao longo da vida de todos os indivíduos, mas, principalmente na vida dos idosos ao promover a manutenção da independência e da autonomia (FARIAS; SANTOS, 2012).

Dessa forma, o envelhecimento ativo tem buscado ampliar a visão acerca do envelhecimento saudável considerando a autonomia, diante da capacidade do idoso em tomar suas próprias decisões; a independência, pela capacidade de executar atividades e de viver independentemente em comunidade; a qualidade de vida, com a capacidade do idoso em manter autonomia e independência; e a expectativa de vida saudável, que representa viver mais e sem incapacidades físicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Nessa concepção, acredita-se na possibilidade de que o idoso viva mais e melhor, mesmo na presença de alguma limitação, pois, muitas vezes, os desdobramentos desfavoráveis de uma queda trazem consequências que precisam ser gerenciadas.

A partir disso, entende-se o conceito de envelhecimento ativo como “o *processo de otimização das oportunidades sustentadas em três eixos: saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”. A política tem o objetivo de: “... *aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados*” (BRASIL, 2005, p.13).

Em um estudo transversal, Farias e Santos (2012) buscaram averiguar os determinantes do envelhecimento ativo entre 87 idosos, com 80 anos ou mais, de um município do interior de Santa Catarina. Nessa pesquisa, a partir da elaboração de um *check-list* dos determinantes foi possível concluir que independência, autonomia e boa saúde física, aliadas ao desempenho de papéis sociais, fez com que os idosos se mantivessem ativos e com a sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos.

Em outra investigação sobre determinantes do envelhecimento ativo, Vicente e Santos (2013) avaliaram 264 idosos, entre 60 a 70 anos, também residentes em um município do interior de Santa Catarina. As autoras concluíram que, apesar da presença de comorbidades, foi satisfatório o desempenho dos idosos pesquisados em relação aos fatores determinantes, como: realização de atividades físicas adequadas, alimentação saudável, formação de redes de apoio social, abstinência de fumo e álcool, uso correto de medicamentos, acesso aos serviços de saúde e informações.

Acredita-se que alguns dos determinantes do envelhecimento ativo, como os aspectos de saúde, os aspectos sociais e os aspectos relacionados ao ambiente físico, destacam-se quando se observa a

vulnerabilidade de idosos para queda, frente aos fatores de risco e desfechos do evento.

A presença de fatores de risco de quedas na população idosa remete à necessidade do desenvolvimento de novas estratégias modificadoras de fatores de risco ambientais e fisiológicos (SANTOS et al., 2012). A promoção de hábitos saudáveis, como fator protetor de quedas, recomenda a mudança do estilo de vida como a presença do sedentarismo, sobrepeso e obesidade, além de precauções ambientais, as quais, muitas vezes, resultam em fraturas e desfecho fatal (SIQUEIRA et al., 2011).

Vislumbra-se que há aproximação da Política do Envelhecimento Ativo com a PNPS, justamente pelo fato de ambas conceberem ações intersetoriais, as quais são capazes de auxiliar na manutenção da saúde e no bem-estar da pessoa idosa.

Os fatores condicionantes do envelhecimento, as vulnerabilidades e incapacidades são consequências das condições de saúde que o sujeito experimentou durante toda sua vida. As situações de desigualdades e falta de acesso do idoso, afetam sua saúde e sua qualidade de vida, refletindo diretamente na manutenção da autonomia e capacidade de viver.

“[...] ter acesso a um ambiente físico saudável não depende tão somente das escolhas individuais dos idosos, mas está diretamente relacionado às condições de vida oportunizadas pelos governos e aos cuidados com o ambiente. De outro lado, a ausência ou deficiência de algum desses fatores implica piores condições de vida, reduzindo as possibilidades de uma longevidade ampla e, por conseguinte, um envelhecimento ativo” (VICENTE; SANTOS, 2013, p. 376).

A promoção da saúde precisa considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelo contexto social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2015).

Entende-se que aspectos multidimensionais do envelhecimento como as condições econômicas, culturais e sociais devem estar

integrados à prática de cuidado ao idoso, fazendo parte de políticas públicas mais eficientes, integradas, transversais, que observem as especificidades, a pluralidade e o contexto de vida dos idosos (LUZARDO; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

A PNPS tem entre seus princípios: a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade e a participação social. Em consonância com esses princípios estão os temas transversais como um reforço para engendrar propostas e estratégias, favorecendo práticas humanizadas, que valorizem o conhecimento científico, mas também o conhecimento popular, reforçando a ação comunitária, a participação e o controle social. Assim, a PNPS deve integrar a elaboração de agendas, que atuem na produção de saúde. Compete então às três esferas de gestão incluir os preceitos da política nas Programações Anuais, nos Planos de Saúde, desenvolvendo instrumentos de planejamento e de gestão, de acordo com as especificidades locais (BRASIL, 2015).

A importância de ações de planejamento e implementação de programas de prevenção do agravo e de promoção da saúde do idoso devem considerar o problema de forma integral, para que assim se possa efetivamente reduzir os índices de morbimortalidade por queda em idosos no Brasil (ROCHA et al., 2010).

A PNPS traz uma discussão crítica e reflexiva acerca dos problemas de saúde, agravos e modos de viver saudável, mesmo e apesar de diretrizes, muitas vezes, quase doutrinárias quanto aos comportamentos saudáveis que o indivíduo deve adotar.

De qualquer forma, a PNPS busca promover alimentação adequada e saudável, bem como mobilidade segura, por meio de ações integradas e intersetoriais (BRASIL, 2015), tendo na alimentação saudável e na mobilidade segura contribuições relevantes para a manutenção da autonomia do idoso vulnerável à queda.

A articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, envolvendo todos os setores (BRASIL, 2015, p. 29), diante da resolução de demandas dos idosos.

As políticas públicas preventivas devem oferecer cuidados em saúde mais qualificados (GAWRYSZEWSKI, 2010; AGUIAR et al.,

2009), principalmente em relação à atividade física como medida de prevenção de novas quedas.

Benedetti et al. (2008) acreditam que as medidas preventivas devem envolver atividade física livre de riscos à população idosa. Além disso, diferentes níveis de atividade física podem apresentar diferenças no risco para quedas, além do que a prática de exercícios promoveria efeitos benéficos na melhora da capacidade funcional, equilíbrio, força muscular, flexibilidade, coordenação e velocidade de movimento, melhorando a mobilidade física e postural (SILVA et al., 2012), contribuindo para a mobilidade segura.

Propõem-se intervenções em saúde que ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (BRASIL, 2015).

Assim, a PNPS e a Política do Envelhecimento Ativo representam um conjunto de fatores altamente relevantes para prevenção do evento queda e promoção da saúde do idoso. Esses aspectos são fundamentais para a população idosa vulnerável, que necessita de cuidado e amparo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo de métodos mistos, combinando as abordagens quantitativa e qualitativa, que oportunizou explorar o cenário de ocorrência de queda de pessoas idosas em nível local, de forma a analisar as diferentes perspectivas do evento.

A aproximação entre as duas estratégias metodológicas configura-se na contribuição que cada método oferece para análise de um determinado fenômeno. Ambos os métodos são relevantes na condução de um estudo, pois, ao mesmo tempo em que se complementam, buscam respostas para a complexidade da realidade pesquisada (CRESWELL, 2010). Assim, foram utilizados os procedimentos de métodos mistos sequenciais, uma vez que se levantaram dados pela abordagem quantitativa de uma amostra ampla. Na sequência utilizou-se a abordagem qualitativa com um número menor de casos na busca pelos significados do evento estudado.

4.1.1 Estudo Quantitativo

O aspecto quantitativo caracterizou-se como um estudo transversal por realizar a coleta dos dados em determinado período temporal, sendo um tipo de pesquisa apropriada para descrever fenômenos (POLIT; BECK, 2011). Os estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seu padrão de distribuição, bem como determinar prevalência (ROUQUAYROL, 2013).

Foi realizada a observação direta e análise da amostra de prontuários, a partir da qual as medidas das variáveis foram tomadas uma única vez, sendo os motivos e desfechos das quedas em idosos investigados ao mesmo tempo. As variáveis foram analisadas no tempo presente, mas em relação a fatos ocorridos no passado.

Nesse sentido, o estudo teve coleta de dados retrospectiva ao levantar os dados dos registros de prontuários de pessoas idosas internadas no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), em Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

4.1.2 Estudo Qualitativo

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, valorizando as diferentes formas de pensar que emergiram dos

conteúdos manifestos pelos participantes. O estudo evidenciou aspectos das experiências vivenciadas pelas pessoas idosas e seus cuidadores diante do evento queda.

A pesquisa qualitativa é conhecida pela integridade de pensamento, não havendo uma única forma para o pensamento qualitativo, mas uma coleção delas (STAKE, 2011). É apropriada na condução de estudos em que um problema precisa ser explorado e há a intenção de estudar um grupo ou uma população, identificando variáveis que nem sempre podem ser facilmente mensuradas (CRESWELL, 2014).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis, instituição fundada em 1966 e administrada pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), atendendo uma clientela 100% conveniada ao SUS. É considerado um hospital de Porte IV, de acordo com a Portaria nº 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002, a qual traz um sistema de categorização obtido com base em pontos intervalares e classificatórios, segundo os quais: a) Porte I (1 a 5 pontos); b) Porte II (6 a 12 pontos); c) Porte III (11 a 15 pontos); e, d) Porte IV (16 a 20 pontos). Essas categorias foram definidas de acordo com itens de avaliação por número de leitos existentes; número de leitos de UTI cadastrados; total de internações; classificação e serviços de alta complexidade. Atualmente, o hospital conta com um total de 188 leitos, apresentando uma taxa de ocupação máxima de 91%. É uma instituição considerada referência para alta complexidade em várias especialidades, tais como: oftalmologia, neurocirurgia, gastroenterologia, nefro e urologia, oncologia cirúrgica e ortopedia (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

A instituição não possui leitos específicos para idosos, ou qualquer outro serviço voltado às necessidades de saúde dessas pessoas, realizando o atendimento a partir de um fluxo de serviço que inicia com a entrada pelo Serviço de Emergência, tanto Emergência Geral quanto Ortopédica. Após o atendimento na emergência, a pessoa idosa poderá ser encaminhada para internação nos setores de Ortopedia/Traumatologia (26 leitos), Clínica Médica (28 leitos), Cirurgia Geral (58 leitos), Neurologia (17 leitos), Unidade de Cuidados Intermediários (12 leitos) e 10 leitos na Unidade de Isolamento, quando necessário (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2014).

4.3 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

4.3.1 Etapa Quantitativa

A população-alvo foram as pessoas com 60 anos e mais internadas por queda no referido serviço de alta complexidade, no período de 2009 a 2013. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2014.

A amostra foi estimada a partir de uma lista de 1.514 internações de pessoas com 60 anos e mais, no período de 2009 a 2013, pelos mais variados motivos, entre os quais se encontravam as quedas. Os setores analisados foram de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica, por serem os locais que concentravam o maior número de internações de idosos na instituição (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

O cálculo da amostra foi realizado com auxílio do *software* de ensino à distância SEstatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web, conforme Nassar et al., (2009). Adotou-se o intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, utilizando-se, como base para o cálculo amostral, 30% de prevalência como fator de precisão da estimativa da variável categórica queda, tendo como referência vários estudos que determinaram prevalência e foram relatados na literatura (MOREIRA et al., 2007; MOTTA et al., 2010; CRUZ et al., 2012; CURCIO et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2007; RIBEIRO et al., 2008).

Assim, calculou-se o tamanho mínimo da amostra em 266 prontuários, com os 30% de prevalência de queda referida pelos estudos supracitados, frente ao total de 1.514 internações de pessoas idosas.

No entanto, foram pesquisados 310 registros, 44 unidades além dos 266 prontuários estimados inicialmente, com o objetivo de antever possíveis perdas, reduzindo o erro amostral e potencializando a representatividade da amostra. Contudo, a amostra foi concluída com 304 prontuários, levando em consideração a exclusão de 06 registros ilegíveis (POLIT; BECK, 2011).

A amostra foi probabilística por método de *Amostragem Sistemática*, a qual permitiu recrutar itens de pessoas de uma população, sendo um modelo capaz de formar uma amostra essencialmente randômica (POLIT; BECK, 2011).

Nesse tipo de amostragem seleciona-se um registro próximo ao início de uma lista de internações e dá-se seguimento após intervalo de

vários registros, selecionando-se o próximo seguindo o mesmo intervalo entre um registro e outro (AGRESTI, 2012). O pesquisador divide o tamanho da população pelo tamanho da amostra desejada, obtendo um intervalo de amostragem, que corresponde à distância-padrão entre os registros selecionados (POLIT; BECK, 2011).

Dessa forma, estabeleceu-se o intervalo de amostragem 5, uma vez que a amostra inicial foi de 310 registros. Assim, os prontuários foram contados em intervalos de 5 em 5, a partir do primeiro, entre as internações ocorridas entre 2009 e 2013, a partir da lista fornecida pela instituição com o total de internações de idosos naquele período.

4.3.2 Etapa Qualitativa

A população-alvo do estudo qualitativo foram as pessoas idosas internadas por queda. Foram identificadas 42 internações de idosos em todo período de coleta, sendo que neste espaço de tempo foi possível contatar 20 pessoas, entre idosos e cuidadores. A amostra coletada efetivou-se com 16 participantes.

A amostra foi não probabilística e por *método de conveniência*, visto que todos os idosos que eram identificados foram convidados a fazer parte do estudo (POLIT; BECK, 2011).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Etapa Quantitativa

Nessa etapa foram incluídos:

- Pessoas com 60 anos e mais que foram atendidas no serviço de alta complexidade, no período de 2009 a 2013, cujo motivo tenha sido por queda;
- Pessoas com 60 anos e mais que foram atendidas no serviço de alta complexidade, no período de 2009 a 2013, que apresentassem registro com definição do Diagnóstico Inicial, a partir da listagem dos motivos de ocorrência e/ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10);

Foram excluídos do estudo:

- Os registros em prontuários que não apresentavam as informações de forma legível.

4.4.2 Etapa Qualitativa

Os critérios de inclusão da estratégia qualitativa foram:

- Pessoas com 60 anos e mais que estivessem internadas por motivo de queda no período de outubro a dezembro de 2014;
- Cuidadores de idosos internados por motivo de queda, no período de outubro a dezembro de 2014, que estivessem incapacitados de responder à entrevista.

Nesta etapa foram excluídos aqueles idosos que não apresentassem condições de responder à entrevista e que não tivessem acompanhados de cuidador.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrada no campo ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH – UFSC), sob Parecer nº 748.950 (ANEXO A), bem como pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (CEP/HGCR), sob o protocolo de nº 2014/00017 (ANEXO B).

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2014, utilizando-se da busca de dados secundários em prontuários, além das entrevistas com as pessoas idosas e seus cuidadores.

4.5.1 Etapa Quantitativa

Foram foco da etapa quantitativa os registros de dados dos atendimentos e internações nos prontuários de pessoas com 60 anos e mais, focalizando o evento queda, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, por meio do Sistema Eletrônico de Prontuários *Micromed*. Este sistema armazena dados de todas as internações, os problemas de saúde, medicações prescritas, tratamentos, internações, além de acesso online a exames de imagem e laboratório.

A instituição teve quase todos seus registros transferidos para o sistema eletrônico, sendo que existem ainda alguns dados registrados em cópia física, as quais foram consultadas juntamente com a cópia eletrônica e o Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Documentos *NeoGED*, o qual armazena informações microfilmadas desde o ano de fundação do hospital.

A busca dos dados em prontuários foi guiada por um instrumento de coleta estruturado, o qual foi consultado e preenchido integralmente de acordo com codificação e registro de cada prontuário. O instrumento foi elaborado com base na revisão da literatura, nos objetivos do estudo e nas variáveis investigadas, dando condições de analisar os motivos e os desfechos das quedas (APÊNDICE D).

4.5.2 Etapa Qualitativa

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período de outubro a dezembro de 2014, seguindo um roteiro de perguntas abertas que possibilitaram aos participantes relatar motivos e repercussões da queda, situações de vulnerabilidade e riscos.

A entrevista semiestruturada é um dos principais meios que o pesquisador utiliza para coletar dados em investigações qualitativas. São realizados questionamentos básicos que estão apoiados em teorias e hipóteses pertinentes ao tema estudado e que oferecem um campo vasto de interrogações que vão se engendrando a partir das respostas dos participantes, os quais vão auxiliando com suas experiências na construção do conteúdo do estudo. Esse tipo de entrevista oferece flexibilidade na duração, estando essa condicionada ao universo adjacente. Também pode ser realizada em mais de um momento, no sentido de obter o máximo de informações, ao mesmo tempo em que busca avaliar possíveis variações nas respostas (TRIVIÑOS, 2013).

A identificação dos possíveis participantes foi realizada com o auxílio da equipe de enfermagem das unidades de internação do serviço supracitado, a qual indicava as pessoas que haviam internado por queda, bem como as condições clínicas de cada idoso.

O acesso ao serviço dava-se de segunda a sexta-feira, período em que as entrevistas ocorriam preponderantemente no período da tarde ou em horário alternativo a esse, conforme escolha do participante. Foi respeitada a solicitação da instituição para que as entrevistas fossem realizadas somente a partir das 10 horas da manhã, preservando o horário dos banhos de leito e a organização matinal das unidades.

Ressalta-se que foi respeitado o espaço do participante, proporcionando o conforto necessário para responder à entrevista, deixando o mesmo à vontade para falar. Assim, quatro entrevistas foram realizadas no domicílio, respeitando a vontade dos participantes. Cada local foi capaz de oferecer a privacidade necessária para que tanto o idoso ou seu cuidador pudessem participar de forma a sentirem-se tranquilos. Ressalta-se ainda que as entrevistas realizadas fora do ambiente hospitalar seguiram as mesmas regras das demais, bem como as características de tempo de internação e tempo entre o primeiro contato com o participante e a efetivação da entrevista, buscando minimizar possíveis vieses na coleta dos dados.

Foram realizados dois momentos de contato com os participantes. Num primeiro momento, realizava-se uma exposição dos objetivos da pesquisa, sua relevância e possíveis desconfortos. Num segundo momento seguia-se com o roteiro de entrevista propriamente dito. Em todo período de coleta, foram realizados 20 convites de participação, aos quais 16 pessoas corresponderam. Desse número, dois idosos não aceitaram por acharem que não saberiam responder “o que era certo sobre o assunto”, justificando terem pouca escolaridade. Entre os cuidadores convidados houve duas negativas em participar do estudo. Um devido a emoção que estava manifestando no momento pela queda da familiar idosa, sentindo-se desconfortável e outro pelo fato de seu familiar ter ido à óbito e toda a situação de luto experimentada pela cuidadora.

Dos 16 participantes 8 eram idosos e 8 cuidadores, tendo em vista que alguns idosos se encontravam comprometidos por perda de consciência, quadro demencial, comprometimento da própria hospitalização e de consequências da queda.

As entrevistas tiveram duração média de 40 a 60 minutos, sendo gravadas e transcritas na íntegra, pela própria pesquisadora, para preservar o sentido das falas, criando arquivos digitais com auxílio do editor de texto *Microsoft Word*, versão 2013.

4.6 VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis são características que podem ser mensuradas para cada sujeito em uma amostra ou população (AGRESTI; FINLAY, 2012, p.27). Podem ser classificadas de diversas formas, a exemplo de variáveis dependentes e independentes. As dependentes representam o desfecho de interesse e as independentes são as chamadas variáveis

explanatórias, representando os possíveis fatores que explicam a ocorrência do evento estudado (ROUQUAYROL, 2013).

As variáveis podem ser qualitativas e quantitativas. As *variáveis qualitativas* apresentam escala de mensuração em um conjunto de categorias, as quais diferem em qualidade e não em magnitude numérica, podendo dividir-se em categóricas e ordinais. As *variáveis nominais* não estão ordenadas, não possuem uma extremidade superior ou inferior, formam uma escala nominal. As *variáveis qualitativas ordinais* são aquelas que apresentam além da qualidade algum tipo de ordenamento entre as variáveis, traduzindo-se em escalas categóricas que apresentam uma ordem natural de valores. As *variáveis quantitativas* apresentam escala de mensuração em valores numéricos. As *variáveis quantitativas discretas* são aquelas que seus valores possíveis formam um conjunto separado de números ou um conjunto números finitos (AGRESTI; FINLAY, 2012).

4.6.1 Variável Dependente

Em consonância com os objetivos da pesquisa, definiu-se como *variável dependente* o **desfecho da queda**.

4.6.2 Variáveis Preditoras

Definiram-se como *variáveis explanatórias* todas as demais. Dessa forma, elencaram-se variáveis que pudessem evidenciar as características presentes nos registros hospitalares dos prontuários de pessoas idosas.

Foram utilizadas variáveis qualitativas nominais e ordinais, bem como variáveis quantitativas discretas. Elencaram-se como variáveis nominais: município de procedência das pessoas que internaram nos serviços hospitalares, sexo, raça/etnia, motivo do atendimento, diagnóstico inicial e final, pela classificação CID-10, desfecho da queda, reinternação e motivo de reinternação, diagnóstico inicial e final de reinternação e condição de alta. As variáveis quantitativas discretas foram: Idade em anos completos, número de quedas no ano e tempo de internação em dias.

Na descrição das variáveis seguem:

- **Município de procedência** – Variável qualitativa nominal – local de procedência do idoso e registrado em prontuário, classificado pelo código do município conforme regionais de saúde.

- **Serviço de encaminhamento** – Variável qualitativa nominal – nível de atenção à saúde de onde o idoso foi encaminhado até chegada ao hospital, classificado em Serviço de Nível Primário, Secundário, Terciário, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e não se aplica.
- **Sexo** – Variável qualitativa nominal – identifica o sexo da pessoa idosa em duas categorias: 1. Masculino, 2. Feminino e não se aplica.
- **Idade** – Variável quantitativa discreta – medida em anos completos, a partir de registro de pessoas idosas em prontuário ou não se aplica.
- **Raça/etnia** – Variável qualitativa nominal – identifica a raça/etnia registrada em prontuário, classificada como: branca, negra, parda, amarela, indígena ou não informado. Seguiu-se a classificação adotada no prontuário.
- **Motivo do atendimento** – Variável qualitativa nominal – classifica o motivo da internação, de acordo com lista de morbidades definidas no sistema informatizado, classificando “queda” junto a outros motivos, além do não informado.
- **Diagnóstico inicial** – emergência – Variável qualitativa nominal – classificação de acordo com o CID-10 ou não se aplica.
- **Diagnóstico final** – internação – Variável qualitativa nominal – classificação de acordo com o CID-10 ou não se aplica.
- **Número de quedas/ ano** – Variável quantitativa discreta – número de quedas em 12 meses, registradas em prontuário.
- **Característica da queda** – Variável qualitativa nominal – categorização que serviu de base para diferenciar os tipos de queda registrados em prontuário: queda mesmo nível, queda por escorregão, queda de um leito, queda de uma cadeira, queda de/em escada ou não se aplica.
- **Uso de medicamentos antes da queda** – Variável qualitativa nominal – registro em prontuário de medicamento de uso contínuo, classificados por sim, não, não se aplica e grupo medicamentoso: anti-hipertensivo, diuréticos e outros.
- **Comorbidades** – Variável qualitativa nominal – presença de comorbidades classificadas por grupos: doenças cardiovasculares, doenças metabólicas e múltiplas patologias.

- **Lesão** – Variável qualitativa nominal – presença de lesão após queda, classificada pela lista de código do CID-10, classificada em sim, não, não se aplica e qual tipo de lesão.
- **Trauma** – Variável qualitativa nominal – presença de trauma após queda, classificada pela lista de código do CID-10, classificada em sim, não, não se aplica e qual tipo de trauma.
- **Fratura** – Variável qualitativa nominal – presença de fratura após queda, classificada pela lista de código do CID-10, classificada em sim, não, não se aplica e qual tipo de fratura.
- **Cirurgia** – Variável qualitativa nominal – tipo de cirurgia classificada pela Lista do Sistema de Informações Ambulatoriais em Saúde (SIA/SUS), classificada em sim, não, não se aplica e qual tipo de cirurgia.
- **Infecção hospitalar** – Variável qualitativa nominal – presença de infecção hospitalar e tipo de infecção, conforme classificação do Manual ANVISA, classificada em sim, não, não se aplica e qual tipo de infecção.
- **Uso de medicamentos após a Queda** – Variável qualitativa nominal – Utilização de medicamento recomendados após a queda, conforme classificação Manual ANVISA, classificado em sim, não, não se aplica e qual medicamento.
- **Imobilidade** – Variável qualitativa nominal – registro em prontuário sobre imobilidade após a queda, classificada como imobilidade: membro superior D, membro superior E; membro inferior D, membro inferior D ou não se aplica.
- **Reabilitação** – Variável qualitativa nominal – registro em prontuário da ocorrência de encaminhamento para reabilitação, classificada em sim, não ou não se aplica.
- **Óbito** – Variável qualitativa nominal – ocorrência de óbito no período de internação, classificada em sim, não ou não se aplica.
- **Tempo de internação** – Variável quantitativa discreta – tempo total que o idoso permaneceu internado, conforme registro em prontuário, medido em dias ou não se aplica.
- **Reinternação** – Variável qualitativa nominal – registro de nova internação por queda no mesmo ano, classificada em sim, não ou não se aplica.
- **Motivo da reinternação** – Variável qualitativa nominal – classifica o motivo da reinternação, de acordo com lista de

morbidades definidas no sistema informatizado, classificando “queda” junto a outros motivos, além do não informado.

- **Diagnóstico inicial de cada reinternação** – emergência – Variável qualitativa nominal – classificação de acordo com o CID-10 ou não se aplica.
- **Diagnóstico final de cada reinternação** – Variável qualitativa nominal – classificação de acordo com o CID-10 ou não se aplica.
- **Condição de alta** – Variável qualitativa nominal – identifica a condição em que o idoso recebeu alta hospitalar, classificada em: alta para o domicílio, alta para a ILPI, alta por transferência hospitalar e óbito.

Segue no quadro 1 a listagem com a descrição das variáveis, bem como a classificação de cada uma delas.

Quadro 1: Classificação das variáveis do estudo.

VARIÁVEIS	CLASSIFICAÇÃO
1. Município de Procedência	Variável qualitativa nominal
2. Serviço de Referenciamento	
3. Sexo	
4. Idade em anos completos	Variável quantitativa discreta
5. Raça/etnia	Variável qualitativa nominal
6. Motivo do atendimento	
7. Diagnóstico inicial – emergência	
8. Diagnóstico final – internação	
9. Número de quedas/ ano	Variável quantitativa discreta
10. Característica da queda	Variável qualitativa nominal
11. Uso de medicamentos antes da queda	Variável qualitativa nominal
12. Comorbidades	Variável qualitativa nominal
13. Lesão	
14. Trauma	
15. Fratura	
16. Cirurgia	
17. Infecção Hospitalar	
18. Uso de Medicamentos após a Queda	
19. Imobilidade	
20. Reabilitação	
21. Óbito	
22. Tempo de internação	Variável quantitativa discreta
23. Reinternação	Variável qualitativa nominal
24. Motivo da reinternação	
25. Diagnóstico inicial de cada reinternação – emergência	
26. Diagnóstico final de cada reinternação	
27. Condição de alta	

Fonte: Variáveis selecionadas para o estudo, Florianópolis, SC.

4.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.7.1 Etapa Quantitativa

Os dados coletados foram codificados de acordo com o instrumento do Apêndice C, havendo um número de identificação para cada prontuário, bem como valores determinados para cada uma das respostas, como forma de registrar as informações.

Assim, foi realizada a inserção das informações por digitação num banco de dados com a utilização da planilha eletrônica Excel, sendo transferidos, posteriormente, para o programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Windows, versão 20.0, para posterior análise.

Com a utilização da estatística descritiva foi possível caracterizar a amostra por meio de frequência simples para as seguintes variáveis: ano de registro da internação, município residente, encaminhamento conforme nível de atenção e transporte até a instituição hospitalar. Num segundo momento, seguiu-se com análise descritiva bivariada para sexo, idade, total de medicamentos de uso contínuo e grupo de medicamentos, grupo de comorbidades, desfechos da queda: fraturas, lesões, traumas, tipos de cirurgias e óbito. A análise bivariada foi verificada por frequência, média, mediana e desvio-padrão, bem como pela realização dos testes de correlação para testar fatores preditores e desfechos.

Realizou-se ainda análise exploratória multivariada aplicada a todas variáveis estudadas, conforme o modelo estatístico de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (ACM). Essa é uma técnica exploratório-descritiva capaz de analisar duas ou mais variáveis categóricas simultaneamente, por meio das quais podem surgir padrões de associação entre as variáveis relativas ao fenômeno queda. A Análise Fatorial de Correspondência Múltipla visa produzir uma representação gráfica simplificada de dados e verificar a existência e a força de associação entre as variáveis (STATSOFT, 2015).

4.7.2 Etapa Qualitativa

Após a conclusão da coleta de dados, seguiu-se com a organização do material transcrito para dar início a análise, a qual observou os três pólos cronológicos do processo de Análise de Conteúdo, propostos por Bardin (2011), a saber: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** é a etapa de organização do material, que buscou operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, dentro de um plano flexível e também preciso em suas sucessivas ações. Correspondeu à fase em que os conteúdos transcritos das gravações foram organizados em registros eletrônicos e submetidos à leitura fluente, procurando tornar o conteúdo das mensagens cada vez mais claro, a fim de obter respostas para a questão de pesquisa. Logo após, foi realizada a escolha dos documentos o que permitiu a constituição do *corpus* da investigação. Nesta fase 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 ao explorar o material, analisando-se as informações em comum nas entrevistas dos 16 participantes do estudo, com vistas a posterior categorização. Nesta etapa seguiu-se com a extração dos núcleos de sentido e categorias nativas para um segundo documento eletrônico, que permitiu melhor visualização.

Em seguida, a terceira etapa efetivou-se pelo **tratamento dos resultados obtidos e a interpretação** das unidades de significado dos conteúdos manifestados. A partir disso, emergiram os eixos e categorias temáticas. A Análise de Conteúdo caracterizou-se pela análise dos significados e contagem dos temas. Realizou-se uma leitura transversal das mensagens, possibilitando a formulação de interpretações apoiadas no arcabouço teórico com enfoque na prevenção de agravos e na promoção da saúde.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo fez uso do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, conforme Apêndice A, o qual foi assinado pelo participante e pelo pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante, atendendo à Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos (CNS, 2012).

Utilizou-se um **Termo de Concordância da Instituição para Acesso aos Prontuários** (APÊNDICE B) e um **Termo de Solicitação de Dispensa de TCLE para Acesso aos Prontuários** (APÊNDICE C), os quais foram encaminhados ao Comitê de Ética do Hospital para análise somente após ciência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. As informações serão utilizadas apenas para fins científicos e divulgados por meio de

artigos e eventos, observando o compromisso com a ética e o sigilo das identidades.

Conforme Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados o sigilo e a confidencialidade, considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos esteja pautada pela manutenção da dignidade e do respeito às pessoas. A referida Resolução ampliou os conceitos da bioética como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, além de outros referenciais importantes que venham a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito às pessoas que participam de pesquisas (CNS, 2012).

As entrevistas foram gravadas, respeitando-se sempre a privacidade das pessoas, na tentativa de minimizar possíveis desconfortos, evitando ao máximo os riscos ou malefícios por possíveis constrangimentos. As entrevistas serão armazenadas em arquivo digital por cinco anos e sob a responsabilidade da pesquisadora. Após a transcrição digital as entrevistas serão desgravadas e após cinco anos o material será inutilizado.

A proposta de investigação foi submetida à Plataforma Brasil que é uma base nacional de registros de projetos de pesquisa, a qual permite o acompanhamento de todas as fases de execução do projeto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob Parecer nº 748.950 (ANEXO A). Foi aprovado igualmente e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (CEP/HGCR), sob o protocolo 2014/00017, (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se a seguir, no quadro 2, a caracterização dos oito idosos e oito cuidadores que participaram das entrevistas semiestruturadas utilizadas no processo de coleta de dados da abordagem qualitativa.

Quadro 2 – Dados sociodemográficos: idosos e cuidadores.

Participantes	Idade	Sexo	Estado conjugal	Ocupação
Idoso 1	79	F	Casada	Aposentada
Idoso 2	60	M	Casado	Aposentado (invalidez)
Idoso 3	84	F	Viúva	Aposentada
Idoso 4	72	F	Viúva	Aposentada
Idoso 5	68	F	Viúva	Aposentada
Idoso 6	83	F	Viúva	Marceneira
Idoso 7	83	F	Casada	Do lar
Idoso 8	75	M	Casado	Aposentado (invalidez)
Cuidadores				
Cuidador 1	52	F	Casada	Do lar
Cuidador 2	65	F	Casada	Do lar
Cuidador 3	52	F	Casada	Aposentada (invalidez)
Cuidador 4	28	F	Solteira	Enfermeira
Cuidador 5	46	F	Casada	Do lar
Cuidador 6	53	F	Casada	Psicóloga
Cuidador 7	59	F	Casada	Auditora
Cuidador 8	32	F	Casada	Artesã

Fonte: Dados referentes aos participantes entrevistados na etapa qualitativa do estudo, Luzardo; Santos, 2015.

Os idosos entrevistados tiveram idade variando entre 60 e 84 anos, sendo a maioria do sexo feminino.

Metade dos idosos era casada, destacando-se que das mulheres duas permaneciam com companheiro. Seis dos idosos eram aposentados, dois por invalidez, sendo um deles cadeirante. Uma das idosas era do lar e a outra trabalhava em casa como marceneira.

O grupo de cuidadores era todo constituído por mulheres e somente uma era solteira. A idade mínima foi de 32 anos e a máxima de 65. As ocupações mencionadas nas entrevistas concentraram-se entre atividades do lar, artesanato (realizado em casa) e aposentadoria, inclusive por invalidez. Algumas dessas cuidadoras mencionaram ter deixado ou mudado de ocupação devido às necessidades de cuidado com o idoso. Duas cuidadoras mantinham atividades fora de casa com vínculo empregatício, uma auditora e a outra era cuidadora profissional de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Dos conteúdos manifestados pelos participantes submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2011) emergiram três eixos temáticos e 11 categorias. Para cada eixo temático foi elaborado um manuscrito, com vistas a explorar o universo concernente às categorias.

Assim, o **Eixo Temático Queda** agregou quatro categorias: *Como foi a Queda, Primeiro Atendimento e Hospitalização, Causalidade da Queda, Significados e Sentimentos Provocados pela Queda*; correspondendo ao **Manuscrito 2**, intitulado: *Queda de idosos: desvelando situações de vulnerabilidade*.

A partir do **Eixo Temático Idoso Caidor** formaram-se quatro categorias: *Mudanças Provocadas pela Queda, Eu sou Caideira, Eu me Cuido e Prevenção da Queda*; dando origem ao **Manuscrito 3**: *Queda: repercussões para o idoso e sua saúde*.

No **Eixo Temático Suporte para enfrentamento da queda** elencaram-se três categorias: *Suporte da Informação, Suporte Familiar e Suporte da Espiritualidade*; resultando no **Manuscrito 4**: *Redes de suporte evidenciadas no cuidado ao idoso caidor: reflexões para promoção da saúde*.

Os resultados obtidos pela análise dos dados quantitativos foram reunidos e apresentados no formato de artigo, identificado como **Manuscrito 1**, intitulado: *Fatores preditores e desfechos da queda de idosos em um Hospital Público de Florianópolis, que é apresentado a seguir*.

5.1 MANUSCRITO: FATORES PREDITORES E DESFECHOS DA QUEDA DE IDOSOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FLORIANÓPOLIS

RESUMO

As quedas representam importante agravo de saúde do idoso tendo em vista a magnitude do evento para a saúde pública. Trata-se de um estudo transversal com os objetivos de identificar e estabelecer associações entre fatores preditores e desfechos de queda registrada em prontuários de idosos atendidos em um hospital público de Florianópolis, no período de 2009 a 2013. Foram analisados 304 registros em prontuários de pessoas com idade a partir de 60 anos internadas por motivo de queda. Utilizou-se estatística descritiva por meio de frequência, percentual, média, mediana e desvio-padrão. Realizou-se análise bivariada entre as variáveis: tempo e ano de internação; idade e característica da queda; ano de internação, idade e sexo; além das variáveis medicamentos de uso contínuo, comorbidades e óbito. Foi realizada análise multivariada pelo método de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (ACM), que avaliou o conjunto das variáveis estudadas. Destacaram-se no modelo estatístico, como fatores preditores, a faixa etária, o sexo, os medicamentos de uso contínuo e as comorbidades; bem como os desfechos: fratura, trauma, cirurgia e óbito. Os registros indicaram que a maior parte das internações foi de idosos residentes em Florianópolis (70,4%) e de idosos na faixa etária de 80 anos e mais (41,6%). Houve associação significativa na análise multivariada em que o grupo de pessoas do sexo feminino (76,6%) foi maior em comparação ao grupo do sexo masculino (23,4%). Quanto aos desfechos das quedas, o trauma de membros inferiores apresentou a maior ocorrência entre as mulheres, com destaque para as fraturas de fêmur. Entre os homens, destacaram-se os traumas de crânio, de vértebra e de membros superiores. Na comparação entre os sexos, observou-se que a maior parte dos idosos que não utilizava medicamentos continuamente e que não teve trauma eram homens. A partir dos resultados encontrados e diante das características manifestadas por idosos internados por queda, recomenda-se a adoção de estratégias de prevenção do agravo e promoção da saúde, especialmente em atenção primária, com vistas à qualidade de vida.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas. Saúde do Idoso. Risco. Prevenção de Acidentes. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira tem impactado em mudanças no perfil de morbimortalidade. Com isso, a manutenção da autonomia de pessoas idosas configura-se um desafio contemporâneo, diante do caráter multidimensional das demandas cotidianas (VERAS, 2009).

Limitações de ordem biopsicossocial podem surgir com o avançar da idade, tendo, muitas vezes, um curso desfavorável, de forma a caracterizar fragilidade nas pessoas idosas (NASCIMENTO et al., 2012). Essa condição provoca debates em torno do processo de fragilização e dos comprometimentos para a saúde do idoso, especialmente percebidos em face das síndromes geriátricas, entre as quais se observa a queda (FHON et al., 2013).

A queda em pessoas idosas representa atualmente um sério problema de saúde pública, visto que resulta em alto custo social e financeiro, além das consequências físicas e psicológicas que podem estar presentes. Segundo Brasil (2010), as consequências de uma ou mais quedas podem comprometer o grau de independência e as dimensões da qualidade de vida, sendo potencialmente geradoras de incapacidades, institucionalização e morte.

As quedas podem ser evitadas ao passo que as situações de risco sejam gerenciadas, minimizando as forças produtoras do agravo. Entende-se que tais afirmações remetem à necessidade de conhecer os fatores que compõem o cenário da queda, sobretudo, observando a interação entre múltiplos fatores, uma vez que a ocorrência da queda parece aumentar com o número de variáveis associadas ao evento. Dessa forma, acredita-se que os fatores de risco para uma ou mais quedas, sejam eles fatores extrínsecos ou intrínsecos, podem caracterizar-se como fatores preditores, identificando o contexto em que a queda ocorreu (GAMA, 2008).

Os fatores extrínsecos caracterizam-se pelo comportamento da pessoa idosa, o qual é traduzido pelas atividades realizadas no ambiente e pela forma como o idoso as realiza e lida com as mesmas. Percebe-se que barreiras arquitetônicas são eficientes em produzir quedas, situações verificadas, em muitos casos, na iluminação insuficiente, na moradia em locais mal planejados, mal construídos e inseguros. Os fatores intrínsecos relacionam-se às alterações fisiológicas como, por exemplo, a idade avançada, a presença de comorbidades, as reações adversas a alguns medicamentos e também a presença de fatores psicológicos (BRASIL, 2010).

Sabe-se que as consequências de uma ou mais quedas podem ser devastadoras e interferirem sobremaneira na condição de saúde do idoso. Maia et al. (2011) analisaram as consequências da queda, apontadas em um estudo de revisão, concluindo que as mais frequentes eram: fraturas, lesões, contusões, surgimento de comorbidades, dor, declínio funcional, hospitalização, medo de cair, perda de autonomia, rearranjo familiar e morte, entre outros desfechos do evento.

Faz-se relevante buscar o conhecimento produzido acerca do fenômeno queda em idosos, a fim de se pensar estratégias possíveis de implementação. As investigações sobre quedas, em âmbito nacional, têm seguido uma tendência por estudos quantitativos, os quais buscaram caracterizar a queda (LIRA et al., 2011), determinar a prevalência do evento (LOPES et al., 2010; REZENDE et al., 2010; CRUZ et al., 2012), identificar os fatores de risco (CHRISTOFOLETTI et al., 2006), os fatores associados ao evento (RICCI et al., 2010), identificando seus desfechos (RIBEIRO et al., 2008). Ao mesmo tempo, vários estudos de revisão têm sido produzidos, em sua maioria estudos qualitativos, sejam revisão de literatura, revisão sistemática ou revisão integrativa, delimitando o estado da arte das produções atuais sobre o tema (MAIA et al., 2011; PEREIRA, CEOLIM, 2011; MACIEL, 2010). De forma geral, os estudos nacionais apontaram as medidas preventivas como forma de controlar o agravo, especialmente por meio da criação de programas de prevenção.

As investigações internacionais mobilizaram-se, igualmente, a determinar causas, fatores de risco e consequências da queda. No entanto, tais produções trouxeram um avanço diante da atenção à saúde do idoso, pela avaliação dos programas de prevenção implantados, contemplando uma abordagem multidimensional do evento e sinalizando novas possibilidades de atuação (VRIES et al., 2010; MAHONEY, 2010; PEETERS et al., 2011).

É fundamental entender a dinâmica da queda, explorando domínios do conhecimento sobre os fatores de risco e consequências do evento, buscando formas de prevenir e enfraquecer seus efeitos desfavoráveis. Por outro lado, mesmo diante do vasto número de estudos publicizados, existem lacunas de pesquisas que demonstrem realidades locais.

Acredita-se que há necessidade de investigar o evento em âmbito local, como um marco na atenção à saúde, para estabelecimento de medidas adaptáveis às características e à cultura da população idosa que necessita de atendimento em serviço de alta complexidade.

Assim, o objetivo desta investigação foi *identificar e estabelecer associações entre os fatores preditores e os desfechos de queda, registrada em prontuários de idosos atendidos em um hospital público de Florianópolis, no período de 2009 a 2013.*

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, com coleta de dados retrospectiva, analisando-se registros de prontuários de pessoas com idade a partir de 60 anos internadas por queda no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) em Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2014. O cálculo da amostra foi realizado com auxílio do *software* de ensino à distância SEstatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web, conforme Nassar et al., (2009). Adotou-se o intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, bem como 30% de prevalência como fator de precisão da estimativa da variável categórica queda, tomando por base estudos de prevalência de quedas (CRUZ et al., 2012; MOTTA et al., 2010; CURCIO et al., 2009; RIBEIRO et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2011; MOREIRA et al., 2007).

Esleu-se o método probabilístico por *Amostragem Aleatória Sistemática*, processo que utilizou um intervalo de amostragem 5, sendo os prontuários contados em intervalos de 5 em 5 casos, a partir do primeiro, entre as internações ocorridas por quedas entre 2009 e 2013. Selecionou-se o primeiro registro de uma lista de 1.514 idosos internados e, a partir dos intervalos pré-definidos, deu-se seguimento até o alcance do número desejado (POLIT; BECK, 2011; AGRESTI, 2012). Ao mesmo tempo, foi possível manter a proporcionalidade em torno de 60 prontuários pesquisados a cada ano.

Foram estimados, inicialmente, 266 prontuários a serem consultados, com base em uma lista de 1.514 internações, entre os setores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, por serem os locais que concentravam as internações de idosos na instituição (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

A amostra foi ampliada em 44 unidades além dos 266 prontuários estimados, tendo em vista a intenção de reduzir o erro amostral e potencializar a representatividade da amostra. Assim, a coleta foi realizada em 310 prontuários, mas foram analisados de fato 304 registros, devido à perda de 6 registros por ilegibilidade (POLIT; BECK, 2011).

Os dados foram organizados por meio da planilha eletrônica Excel, sendo transferidos, posteriormente, para o programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Windows, versão 20.0, para execução da análise. A variável dependente foi definida como o próprio desfecho da queda, e a variável independente como as demais variáveis.

Com a utilização da estatística descritiva, foi possível caracterizar a amostra por meio de frequência simples, com a variável local de residência e serviços que encaminharam o idoso até a instituição hospitalar.

A seguir, executou-se análise bivariada, por frequência, média, mediana e desvio-padrão, para as variáveis: sexo e faixa etária, tempo e ano de internação, idade e características da queda. Como fatores preditores foram analisados: ano de internação, sexo, idade, medicamento de uso contínuo, total de medicamentos, grupos de medicamentos, comorbidades e grupos de comorbidades. Para os desfechos da queda evidenciaram-se fratura, trauma, cirurgia e óbito.

Realizou-se ainda a análise exploratória multivariada, conforme o modelo de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (ACM), aplicada a todas as variáveis estudadas. A ACM é uma técnica descritiva e exploratória, capaz de analisar duas ou mais variáveis categóricas simultaneamente, dispostas em tabelas de contingência, por meio das quais podem surgir padrões de associação entre as variáveis relativas ao fenômeno queda. Essa técnica visa a produzir uma representação gráfica simplificada de dados e a verificar a existência e a força da associação entre as variáveis (STATSOFT, 2015).

Este estudo respeitou as normas e preceitos éticos, conforme consta da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado (parecer 748.950) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos (CEP/HGCR), sob o protocolo 2014/00017.

RESULTADOS

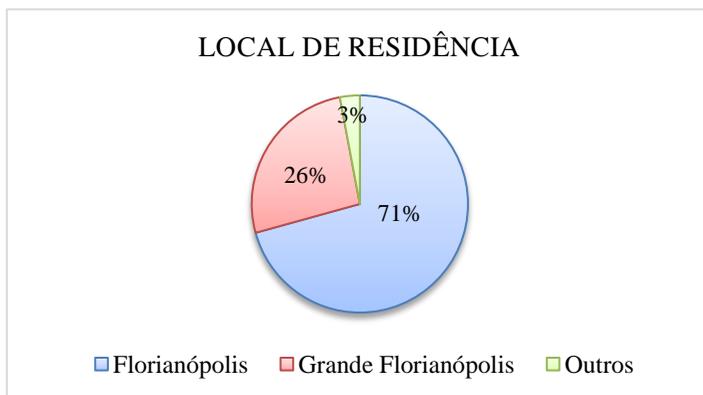
Nos registros analisados, foi possível levantar características sociodemográficas e de saúde dos 304 idosos cujos prontuários foram analisados neste estudo, como o local de residência e nível de referenciamento ao serviço hospitalar. Além disso, identificaram-se os fatores preditores das quedas por meio das variáveis: sexo, faixa etária,

medicamentos de uso contínuo e comorbidades. Da mesma forma, os desfechos fratura, trauma, cirurgia e óbito foram identificados na amostra.

Características Gerais da Amostra

Os prontuários analisados indicaram que a maior parte das internações foi de idosos residentes no município de Florianópolis (70,7%), seguido por São José (14,8%), que apresentou sozinho o mesmo percentual de internações de todos os outros municípios somados. As outras cidades catarinenses somaram 14,8 % e agregaram, em sua maioria, localidades da Grande Florianópolis, mas também em números inexpressivos outras regiões do Estado como pode ser observado no gráfico 1, logo a seguir.

Gráfico 1 – Local de residência registrados em prontuários de pessoas idosas, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.



Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Entre os locais evidenciados encontraram-se registros de pessoas que residiam em municípios da região da Grande Florianópolis, a qual é constituída por 22 municípios, incluindo a capital. Como mostra o gráfico 1, ao reunir os municípios da Grande Florianópolis separadamente da capital e dos outros municípios do Estado, percebeu-

se que 97% dos registros analisados foram de idosos oriundos da região metropolitana, preponderantemente de Florianópolis.

Analisando separadamente as demais cidades da região metropolitana, verificou-se que os idosos procediam principalmente dos municípios de São José, Palhoça, Biguaçu, Tijucas, Antônio Carlos, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Rancho Queimado, entre outros.

Na Tabela 1 constam o local de residência do idoso, destacando a capital e o município de São José, que foram os mais recorrentes, além do serviço de encaminhamento/nível de atenção que realizou encaminhamento do idoso até o serviço hospitalar.

Tabela 1 – Distribuição do local de residência e serviço de encaminhamento/nível de atenção que realizou encaminhamento, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Variável	N	%
Local de residência		
Florianópolis	214	70,4%
São José	45	14,8%
Outros	45	14,8%
Serviço/nível de encaminhamento que realizou encaminhamento		
Atenção Primária	1	1,0%
Atenção Secundária	126	91,3%
Secretaria Municipal de Saúde (TFD)	11	7,9%
*dado não existente	---	---

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

O nível de atenção à saúde dos serviços que realizaram os encaminhamentos para a atenção hospitalar foi mencionado em 45,3% dos registros, sendo que em 54,7% das ocorrências não houve registro do local de onde o idoso havia sido encaminhado e como o mesmo chegou ao hospital. Destes 45,3% mencionados, a maior ocorrência surgiu da Atenção Secundária (91,3%), incluindo os serviços das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Corpo de Bombeiros, além dos serviços de atendimento móvel privado. A Atenção Primária à Saúde

(APS) foi responsável por 1,0% dos encaminhamentos ao hospital, e 7,9% ocorreram por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), os quais se dão pelo intermédio das secretarias de saúde dos municípios.

A Tabela 2 expressou a distribuição do sexo pela faixa etária, representada por três faixas de idade, a saber: faixa 1, para idosos de 60 a 70 anos; faixa 2, para pessoas com idades variando de 70 a 80 anos; e faixa 3, para idosos mais idosos, sendo de 80 anos e mais.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos da amostra por sexo e faixa etária, conforme registros de prontuários, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Sexo	Faixa Etária						Total	
	1		2		3		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Feminino	57	24,5	79	34,0	97	41,6	233	76,6
Masculino	37	52,1	14	19,7	20	28,1	71	23,4
Total	94	31,0	93	30,6	117	38,5	304	100

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Faixa Etária: 1 (60 a 70 anos)
2 (70 a 80 anos)
3 (80 anos e mais)

As três faixas de idade tiveram percentuais próximos, variando em torno de 30,6 a 31%, na qual a faixa de 80 anos apresentou 38,5%. O percentual de mulheres foi aumentando, conforme aumentava a faixa etária. O percentual de homens concentrou-se mais na faixa etária de 60 a 79 anos (52,1%), o que depois foi diminuindo nas faixas etárias 2 e 3.

O tempo de internação dos idosos investigados manteve uma média de 8,1 a 10,6 dias, em todo o período observado, sendo que o tempo mínimo de internação foi de um dia, e o máximo de 50 dias.

De 2009 a 2013, o tempo máximo de internação variou entre 34 e 50 dias, o que representou 25% da amostra.

A Tabela 3 apresenta de forma detalhada a distribuição dos idosos segundo o tempo de internação hospitalar a cada ano estudado.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo o tempo de internação por cada ano estudado, em um Hospital Público de Florianópolis, de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Tempo de internação	Ano				
	2009	2010	2011	2012	2013
N	60	60	65	57	62
Média	9,0	9,1	10,6	8,1	8,1
Desvio-padrão	7,1	8,1	8,2	8,3	7,2
Mediana	7,0	8,0	8,0	7,0	7,0

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

No ano de 2009, observou-se que 25% dos registros foram de idosos internados por até 34 dias. Em 2010, esse percentual correspondeu a 42 dias de internação. Dos prontuários que registraram internações por quedas em 2011, 27% apresentaram internação por até 50 dias. Em 2012 e 2013, o grupo de idosos, que representou 24% da amostra, permaneceu internado por 39 e 41 dias respectivamente.

Na relação do tempo de internação com a idade, destacou-se que, entre os idosos com 83 anos de idade, 25% apresentaram 12 dias de internação, tempo de permanência maior do que a média máxima de internação encontrada para a amostra, que foi de 10,6 dias.

Na Tabela 4 foi possível analisar a distribuição da idade pela característica da queda, conforme determinação de tipos de queda adotada pelo próprio serviço hospitalar.

Tabela 4 – Distribuição da idade pela característica da queda em um Hospital Público de Florianópolis, de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Idade	Característica da Queda				
	1	2	3	4	5
N	259	16	9	10	10
Média	75,5	76,6	83,1	75,1	68,0
Desvio-padrão	9,9	9,4	4,9	8,3	6,5
Mediana	76,0	72,5	85,0	79,5	68,0

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Legenda:

1. Queda do mesmo nível s/especificação
2. Queda p/escorregão/tropeção
3. Queda de um leito
4. Queda de uma cadeira
5. Queda de escada ou de um degrau

Os tipos de queda que mais ocorreram foram quedas de mesmo nível sem especificação (85,2%), as quais também podem caracterizar-se especificando o local onde ocorreram. Assim, conforme apontou a legenda, foram identificados tipos de queda por números de 1 a 5, com base na classificação adotada pela própria instituição, mas detalhada em apenas 14,8% dos registros, sendo os tipos de 2, 3, 4 e 5.

Essas características foram registradas de próprio punho em fichas de admissão, microfilmadas e logo após anexadas ao prontuário, de modo que não foi detectado, tanto na ficha manual, quanto no sistema *online* um espaço para seleção dos tipos de queda.

A queda de um leito teve a maior média de idade (83,1 anos), demonstrando a importância da prevenção ao deitar e ao levantar.

A queda de uma cadeira foi registrada no prontuário de 10 idosos com média de idade de 75,1 e a queda de escada ou de degrau foi apontada em 10 prontuários, nos quais os idosos apresentaram média de idade de 68 anos.

Fatores Preditores das Quedas

Entre os registros analisados identificou-se como fatores preditores das quedas no grupo de idosos pesquisados, o sexo, a idade, a faixa etária, o medicamento de uso contínuo e a presença de comorbidade. Na tabela 5 é possível observar a distribuição do ano de internação, conforme a idade e o sexo, estabelecendo média, mediana, desvio padrão e percentual entre os sexos.

Tabela 5 – Distribuição do ano de internação pela idade e sexo, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Variável	Idade			
	N	Média	Mediana	Desvio-padrão
Ano				
2009	60	75,3	76,5	10,1
2010	60	76,6	78,5	9,4
2011	65	72,5	72,0	9,8
2012	57	77,5	78,0	9,2
2013	62	76,0	77,0	9,7
Sexo				
Masculino	71	71,8	69,0	9,8
Feminino	233	76,6	77,0	9,5

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

A maior parte da população estudada foi do sexo feminino (76,7%), com uma média de idade de 76,6 anos. Já para o sexo masculino, a média de idade foi de 71,8 anos. O percentual de idosos do sexo masculino foi de 23,3%, sendo praticamente três vezes menor do que o percentual de idosas.

Outros aspectos analisados foram os medicamentos de uso contínuo e as comorbidades que se encontravam registradas nos prontuários dos idosos investigados, conforme registradas pelos profissionais que os atenderam e evidenciadas nas prescrições médicas. A Tabela 6 apresenta a síntese desses achados.

Tabela 6 – Distribuição de medicamentos de uso contínuo e comorbidades em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Variável	N	%
Medicamento de Uso Contínuo		
Sim	167	67,8%
Não	79	32,1%
*dato não existente	---	---
Total de Medicamentos		
1 a 3	109	65,3%
4 a 10	58	34,7%
*dato não existente	---	---
Grupos de Medicamentos		
Antihipertensivos	67	40,1%
Diuréticos	61	36,5%
Outros grupos	39	23,3%
*dato não existente	---	---
Comorbidades		
Sim	197	64,8%
Não	107	35,2%
*dato não existente	---	---
Grupos de Comorbidades		
Cardiovasculares	162	82,2%
Metabólicas	19	9,6%
Múltiplas	16	8,1%
*dato não existente	---	---

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Evidenciou-se que, em 67,8% da amostra, havia registro da utilização de medicamentos de forma contínua, sendo que 32,1% não utilizavam qualquer tipo de medicamento, enquanto 19% não foram informados.

Destaca-se ainda que, entre os que usavam medicamento, 65,3% da amostra utilizava de 1 a 3 tipos, e 34,7% utilizavam de 4 a 10 medicamentos. Entre esses fármacos, destacaram-se os anti-hipertensivos (40,1%), os diuréticos (36,5%) e outros grupos (23,3%), tais como: hipoglicemiantes orais, antidepressivos, antidemenciais, benzodiazepínicos, ansiolíticos, antipsicóticos, antirreumáticos, anti-

inflamatórios não-esteroides, antivertiginosos, suplementos e fitoterápicos.

A presença de comorbidades foi encontrada em 64,8% dos registros, sendo que, em 35,2%, não havia qualquer informação que indicasse presença de doença prévia à queda.

As comorbidades foram, então, organizadas em três grupos, tais como doenças Cardiovasculares (82,2%), Metabólicas (9,6%) e Múltiplas (8,1%), destacando-se, em cada grupo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes *Mellitus*, a Cardiopatia, as Demências, as Doenças Psiquiátricas, além das Doenças Osteoarticulares.

Desfechos da Queda

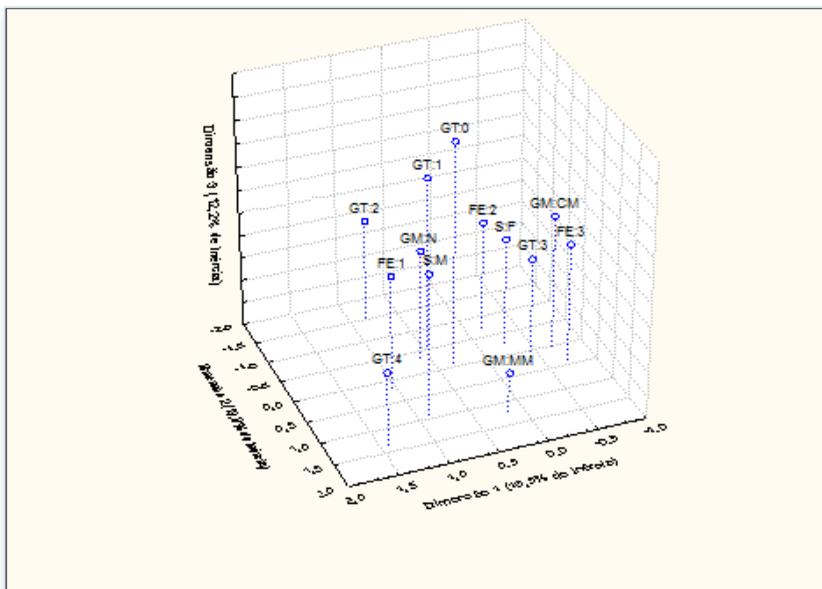
Como desfecho da queda, evidenciou-se o trauma, a fratura, a cirurgia e o óbito. A presença de trauma foi encontrada em 91,8% dos registros. Os tipos de trauma, organizados em grupo, mostraram que 73,8% das ocorrências foram trauma em membros inferiores, enquanto 16,8% foram em membros superiores. Os outros 9,3% foram de traumas de crânio e vértebra.

A ocorrência de fratura deu-se com 87,2% da amostra. Dessas, a fratura de maior recorrência foi a de fêmur (68,6%), seguida da fratura de punho (11%) e de tornozelo (7,1%), entre as outras (13,2%).

Da amostra estudada, 79,3% das pessoas foram submetidas à cirurgia, e, dessas, 71,7% realizaram cirurgia de quadril, 7,6% de punho, e 20,7% das demais, que incluiu cirurgia de tornozelo, de joelho, de antebraço, de ombro e de coluna.

A partir da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla, foi possível evidenciar padrões de associação significativos entre variáveis que apontam características gerais da amostra estudada, bem como fatores preditores e desfecho das quedas, conforme a Figura 2.

Figura 2 – Modelo estatístico representativo da análise multivariada pela Análise Fatorial de Correspondência Múltipla.



Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Legenda:

- S – Sexo (M – Masculino; F – Feminino)
- FE – Faixa Etária (1 – 60 a 70; 2 – 70 a 80; 3 – 80 ou mais)
- GT – Grupo de Trauma (1 – Crânio; 2 – Membro superior; 3 – Membro inferior; 4 – Vértebra)
- GM – Grupo de Medicamento (CM – Cardiovascular/Metabólico; MM – Múltiplo; N – Não Usa)

O qui-quadrado multivariado apontou associação significativa entre os fatores preditores sexo, idade organizada por faixa etária, grupo de medicamento de uso contínuo e o desfecho grupo de trauma. Os idosos do sexo masculino (23,4%) concentraram-se na faixa etária 1, de 60 a 70 anos de idade, (31%). Esse grupo apresentou associação significativa para trauma de crânio (2,6%), de vértebra (6%) e de membros superiores (15,5%). Os homens também se caracterizaram por não terem tido trauma algum (8,2%), se comparado às mulheres, e por

serem maioria no grupo que não utilizava medicamento de uso contínuo (45,5%).

O grupo de idosos do sexo feminino (76,6%) apresentou idades mais avançadas que o do sexo masculino, concentrando-se na faixa etária 2, de 70 a 80 anos, (30,7%) e na faixa 3, de 80 anos e mais, (38%). O grupo de trauma mais observado entre as idosas foi o de traumas de membros inferiores (67,7%), caracterizado pelas fraturas de fêmur. Nesse grupo, evidenciou-se a maior utilização de medicamentos para problemas cardiovasculares e metabólicos (44,5%), bem como de medicamentos de grupos multivariados (10%).

Além das fraturas, outro desfecho também encontrado foi a ocorrência de óbito do idoso, o que pode ser verificado na Tabela 7, logo abaixo.

Tabela 7 – Distribuição da faixa etária pelo óbito, em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Faixa Etária	Óbito		Total
	Sim	Não	
60 a 70 anos	2	92	94
70 a 80 anos	3	90	93
80 anos e mais	20	97	117
Total	25	279	304

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Na relação do óbito com a faixa etária, observou-se que a maior parte dos óbitos (80%) ocorreu no grupo das idades mais avançadas. As doenças cardiovasculares representaram 80% das comorbidades ligadas aos óbitos e, em 80% deles, as pessoas tinham sofrido trauma de membros inferiores, sendo que 84% haviam sido por fratura de fêmur, e 76% chegaram a ser submetidas à cirurgia de quadril. A maior parte dos idosos que foram a óbito utilizavam medicamentos anti-hipertensivos e diuréticos.

Na relação do óbito com a causa da morte, observou-se que 44% das declarações de óbito apontaram a pneumonia como causa primária. As outras causas, como, por exemplo, parada cardiorrespiratória, sepse e insuficiência renal, somaram 56%.

Realizou-se análise bivariada do óbito pela idade e tempo de internação. Observou-se que, dos 304 registros analisados, ocorreram 25 óbitos em todo o período estudado, representando 8,2% do total da amostra.

Tabela 8 – Distribuição de óbito pela idade e tempo de internação em um Hospital Público de Florianópolis, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

Óbito	Idade	Tempo de internação
N	25	25
Média	84,0	11,1
Desvio-padrão	8,3	8,0
Mediana	86,0	8,0
Mínimo	60	3
Máximo	98	34

Fonte: Dados referentes a pesquisa em prontuários de idosos internados no período de 2009 a 2013, Luzardo; Santos, 2015.

Na relação do óbito com a idade observou-se uma média de 84 anos. Entre os idosos que foram a óbito, o tempo de internação mínimo foi de 3 dias e o máximo de 34 dias, com média de 11 dias de internação.

Ao analisar-se o período estudado pelos óbitos, foi possível concluir que, no ano de 2009, dos idosos internados por queda, 11,6% tiveram desfecho fatal, enquanto que, em 2010, esse percentual caiu para 8,3%. Já em 2011, ele diminuiu ainda mais, totalizando 4,8%. Em 2012, o percentual de óbitos foi para 7,5%, e, em 2013, alcançou 9,6%.

DISCUSSÃO

Estudos têm evidenciado a associação de queda ao sexo feminino e às idades mais avançadas. Com isso, segundo Brasil (2010), as taxas das quedas tendem a aumentar com o avançar da idade e ocorrem com cerca de 30 a 40% dos idosos com mais de 80 anos. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade e, a partir dessa idade, as frequências se igualam.

No presente estudo, foi possível evidenciar essa associação entre queda, sexo e faixa de idade, em que a faixa de 80 anos e mais teve

percentual um pouco mais elevado que as faixas de 60 a 70 (faixa 1) e de 70 a 80 anos (faixa etária 2), fato observado na literatura. Porém, encontraram-se diferenças nesses percentuais quando se analisou o sexo separadamente. O percentual de queda em mulheres foi aumentando conforme aumentava a faixa etária.

Ao passo que o percentual de homens concentrou-se mais na faixa etária de 60 a 70 anos (52,1%), o que depois foi diminuindo nas faixas etárias 2 (19,7%) e 3 (28,1). Os resultados corroboram com a literatura em parte, pois se identificou aumento das quedas com a idade, mas voltadas ao sexo feminino, uma vez que o sexo masculino mostrou comportamento diferente. E na faixa de 80 anos e mais as frequências não se aproximaram, pelo contrário, elas mostraram diferença entre o sexo feminino (41,6%) e o masculino (28,1%).

Gilasi e colaboradores (2015) em sua pesquisa determinaram os tipos de quedas e seus fatores de risco relacionados à população de idosos que caíram e foram hospitalizados. O maior número de quedas foi observado no sexo feminino e nos idosos com as idades mais avançadas, na faixa de 75 a 84 anos. A associação de queda às idades mais avançadas também foi evidenciada em outros estudos (CRUZ et al., 2012; SIQUEIRA et al., 2011; MACIEL, 2010).

Evidencia-se que as mulheres ganham certo destaque no cenário das quedas, sendo um fato frequentemente relatado nas pesquisas. No estudo de Lopes et al. (2010), 62% dos idosos eram do sexo feminino. Na investigação conduzida por Gilasi et al. (2015), essa porcentagem foi de 57,5%. Para Maciel (2010), a probabilidade maior de ocorrência de quedas incidiu sobre o grupo de mulheres, presumindo-se que o sexo feminino é um fator de vulnerabilidade e apresenta maior fragilidade do que o sexo masculino.

Entende-se que esse debate em torno da feminização do evento queda permeia, muitas vezes, evidências científicas pontuais, que justificam maior exposição feminina ao risco, pelo fato da mulher ter maior expectativa de vida e por geralmente ser maioria nos espaços geronto-geriátricos pesquisados. Outro argumento relaciona-se às atividades que as mulheres desempenham o que envolve o ambiente doméstico, cenário frequente de ocorrência de quedas (SOUZA et al., 2009).

As mulheres apresentam maior fragilidade óssea por sofrerem mais com osteoporose, fator associado a quedas, a fraturas e a traumas, principalmente de quadril (CRUZ et al., 2012), característica também

encontrada nesta investigação, tendo em vista o desfecho trauma e fraturas de fêmur ter sido maior entre as mulheres.

Silva et al (2009) avaliaram a frequência de quedas e sua associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio corporal de 266 mulheres idosas, na pós-menopausa, com e sem osteoporose. A frequência de quedas foi significativamente maior no grupo de mulheres com osteoporose (51,1%), o que se pode relacionar a fatores de morbidade promotores de complicações.

Nesta investigação, mesmo que os homens fossem minoria, apresentaram tendência a estarem mais saudáveis, em comparação com as mulheres, pois, entre os idosos que não tiveram trauma e que não utilizavam medicamento de forma contínua, a maioria eram homens, chamando a atenção para a fragilidade apresentada pelas mulheres nessa realidade.

Um estudo transversal recentemente conduzido no Canadá avaliou o risco de queda entre os gêneros para determinar as diferenças em relação aos aspectos sociodemográficos, aos fatores de risco e aos fatores do estilo de vida. A partir de uma amostra significativa (n=14.881), foi possível diferenciar que as mulheres possuem maior risco de quedas em idades mais elevadas (> 85 anos), na presença de osteoporose, na utilização de 5 ou mais medicamentos, bem como no consumo de álcool, no risco nutricional e na presença de AVC. Para os homens, foi significativo também o risco nutricional e o AVC. Além disso, foi significativo o risco em caso de doença ocular e de artrite. Outro fator relevante foi o fato de o sujeito estar viúvo ou separado. Tais resultados chamaram atenção para a importância de planejar ações de prevenção de quedas voltadas às diferenças de gênero (CHANG, DO; 2015), conclusão igualmente compartilhada por esta investigação.

Rezende et al. (2012) conduziram uma revisão sistemática sobre farmacoepidemiologia no Brasil, analisando os estudos sobre associação do uso de medicamentos à ocorrência de quedas. A revisão apontou o uso de medicamentos como fator de risco de quedas, destacando-se os diuréticos e as drogas psicoativas.

A presente investigação encontrou evidências da utilização recorrente de medicamentos (67,8%), sendo considerado um fator preditor de queda na amostra estudada, mencionando maior frequência para o uso de anti-hipertensivos e diuréticos, se comparado ao estudo de Rezende et al. (2012), além dos psicoativos que também foram registrados, porém em menor frequência do que a encontrada pelo estudo de 2012.

Destaca-se ainda que, entre os idosos deste estudo, que usavam medicamento continuamente, 65,3% utilizavam de 1 a 3 tipos, e 34,7% utilizavam de 4 a 10 medicamentos, havendo maior concentração na utilização de 1 a 6 medicamentos (94,6%) entre as mulheres e de 1 a 5 medicamentos (91,6%) entre os homens.

Neste estudo as fraturas foram identificadas como desfecho da queda em mais de 80% da amostra estudada. Siqueira et al. (2011) investigaram 6.616 idosos em área urbana, encontrando fratura como desfecho em 11% dos caidores. Aguiar et al. (2009), ao analisar 81 prontuários de um serviço ambulatorial, encontraram que 12,1% dos registros apresentavam fratura como um dos principais desfechos. No estudo de Cruz et al. (2012), com 420 idosos na comunidade, foi possível identificar que 19% apresentaram fratura após queda. Em estudo de Ribeiro et al. (2008), com 72 idosos, encontrou-se 24,3% de fraturas como desfecho da queda. Percebe-se, assim, alta incidência de fraturas, mesmo que os estudos demonstrem grande variação metodológica e de percentual quanto à ocorrência do evento.

Rocha et al (2010) identificaram os fatores de vulnerabilidade dos idosos à queda, após terem fratura de quadril. O estudo permitiu analisar as diferentes dimensões de vulnerabilidade que o idoso está exposto, apontando a educação continuada como fator determinante para promover saúde.

A análise dos fatores de risco de quedas na população idosa mostra a necessidade de desenvolvimento de novas estratégias, as quais devem ser modificadoras dos ambientes, mas também de componentes intrínsecos (SANTOS et al., 2012). Ações preventivas devem ser realizadas com base em evidências claras e pontuais, que tragam como melhores condições de vida e bem-estar da população. Assim, querer intervir preventivamente pressupõe dedicação para realizar investigações detalhadas e bem direcionadas (PEREIRA; CEOLIM, 2011).

A importância de ações de planejamento e de implementação de programas de prevenção do agravamento e de promoção da saúde do idoso devem considerar o fenômeno de forma integral, para que se possa efetivamente reduzir os índices de morbimortalidade por quedas em idosos no Brasil (ROCHA et al., 2010).

CONCLUSÕES

Esta investigação permitiu identificar fatores preditores e desfechos de queda, bem como estabelecer associações entre esses fatores e os desfechos, registradas em prontuários de idosos atendidos em um hospital público. A realidade local foi retratada pelas características e pelas informações documentadas nos registros hospitalares em que as mulheres foram maioria, apresentavam idades mais avançadas e apresentaram um maior percentual de traumas. Os homens destacaram-se no grupo que não utilizava medicamento de uso contínuo e no grupo que não apresentou trauma. Tais diferenças entre os sexos chamam atenção e apontam a necessidade de que os profissionais da rede de atenção à saúde pensem em estratégias de atenção ao idoso caidor, considerando seus pontos vulneráveis e frágeis.

Recomenda-se que mais estudos de campo sejam realizados, no sentido de valorizar os aspectos subjetivos do fenômeno, tendo em vista a tendência das produções científicas adquirirem um caráter predominantemente quantitativo, o que não privilegia uma análise abrangente do evento quedas. Percebe-se, também, a necessidade de engendrar mais estudos nacionais de avaliação das ações acerca das quedas, em todos os níveis de atenção, que possam apontar padrões de atendimento aos idosos nos serviços de saúde.

Observou-se a necessidade de melhoria dos registros das quedas na atenção hospitalar. Além disso, faz-se necessária, também, a adoção de instrumentos próprios para avaliação global do fenômeno quedas, considerando os fatores preditores, os fatores de risco e os desfechos, no sentido de registrar as características das mesmas como forma de planejar a assistência e de auxiliar na prevenção de novos eventos.

O estudo apresentou limitações em relação aos registros ilegíveis presentes em alguns prontuários. Da mesma forma, algumas variáveis não puderam ser analisadas de modo suficiente pela ausência de informações como: presença de infecção hospitalar, utilização de medicamentos após a queda, imobilidade e necessidade de reabilitação.

A partir das informações encontradas nos registros dos prontuários, entende-se a necessidade de que os serviços de saúde, especialmente de Atenção Primária à Saúde, criem programas de prevenção com parâmetros específicos, focados nas características manifestadas diante das quedas de pessoas idosas.

Com isso, acredita-se que experiências exitosas de prevenção de quedas precisam ser mais divulgadas ou mesmo implementadas de

forma a dar maior visibilidade aos avanços e aos limites diante desse agravo.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais** – 4 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

AGUIAR, C. F.; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 12, n. 3, p. 391-404, 2009. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/147.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CHANG V.C.; DO M.T. Risk factors for falls among seniors: implications of gender. **Am J Epidemiol.**, v. 181, n. 7, p. 521-31, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25700887>. Acesso em: Mar. 2014.

CHRISTOFOLETTI, G et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-33, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/10.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. , 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

CURCIO, C. L. et al. Caídas recurrentes en ancianos Recurrent falls in the elderly. **Acta Med Colomb**, Bogotá, v. 34, n. 3, p. 103-10, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n3/v34n3a3.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

FHON, J. R. S. et al. Prevalência de Quedas de Idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-73, p. , 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0266.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2015.

GAMA, Z. A. S.; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 946-56, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

GILASI, H. R. et al. Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Older Adults in Qom Province, Iran, 2010-2012. **Arch Trauma Res.**; v. 4, n. 1, p. 229-25, 2015.

LIRA, A.C.C., PONTES, M. L. F., QUEIROZ, R.B. et al. Caracterização de quedas em idosos. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, Ed. Supl., p. 176-183, p. 176-83, 2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1975/pdf_538. Acesso em: Mar. 2014.

LOPES, R. A. et al. Quedas de idosos em uma clínica-escola: prevalência e fatores associados. **ConScientia e Saúde**, vol. 9, n. 3, p. 381-88, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915180006>. Acesso em: Mar. 2014.

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 554-57, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/317/303>. Acesso em: Mar. 2014.

MAHONEY, J.E. Why multifactorial fall-prevention interventions may not work: Comment on Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls. **Arch Intern Med.**, v. 170, n. 13, p. 1117-9, 2010.

MAIA, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-93, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a17>. Acesso em: Mar., 2014.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOREIRA, M. D; COSTA, A. R.; FELIPE, L. R.; CALDAS, C. P. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 311-7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a18.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

MOTTA, B. L. et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a09v13n1.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

NASCIMENTO, A. A. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 748-56, 2012.

NASSAR et al. **S EstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 20 de mar. 2015.

PEETERS, G.M. et al. Multifactorial evaluation and treatment of persons with a high risk of recurrent falling was not cost-effective. **Osteoporos Int.**, v. 22, n. 7, p. 2187-96, 2011.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 769-78, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a16v14n4.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre, Artmed, 2011.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Falls in elderly Brazilians and the relationship to medication: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2223-35, 2012.

REZENDE, A. A. B. et al. Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. **Acta Fisiatr.**, v. 17, n. 3, p. 117-21, 2010. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=47. Acesso em: Mar. 2014.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-73, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

RICCI, N.A.; GONÇALVES, D.F.F.; COIMBRA, I.B.; COIMBRA, A.M.V. Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.898-909, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29712/31587>. Acesso em: Mar. 2014.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 690-96, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v14n4/v14n4a06.pdf>. Acesso em 27 abr., 2015.

SANTOS, S.S.C. et al. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1227-36, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/27.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SES/SC, 2014 – Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 28 dez.2014.

SILVA, R. B. et al. Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/05.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

SIQUEIRA, F.V. et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1819-26., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/15.pdf>. Acesso em: Mar. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. SBGG. **Quedas em Idosos: Prevenção - Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

SOUZA, X. M.; KAMADA, M.; GUARIENTO, M. E. Avaliação de fatores de risco para fratura de quadril em mulheres idosas. **Rev Bras Clin Med.**, v. 7, p. 379–384, 2009.

STATSOFT. STATISTICA, 2015. [online] Disponível em: <http://www.statsoft.com/Textbook/Correspondence-Analysis>. Acesso em: 20 mar.2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, Junho de 2009.

VRIES, O.J. et al. Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls: a randomized controlled trial. **Arch Int Med.**, v. 170, p. 1110–1117, 2010.

5.2 MANUSCRITO 2: QUEDA DE IDOSOS: DESVELANDO SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

RESUMO

O envelhecimento populacional tem impactado nas situações de vulnerabilidade da população idosa, dando espaço a eventos adversos que acarretam prejuízos à saúde e à vida das pessoas. Nesse cenário está presente a queda como um agravo multifatorial de relevância epidemiológica e social indiscutível para saúde pública. Este estudo teve como objetivo desvelar as situações de vulnerabilidade, relatadas por idosos e cuidadores, em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014. Realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa em que 16 participantes responderam a um roteiro de perguntas semiestruturadas. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin, a partir da qual surgiu o eixo temático Queda, que congregou quatro categorias: Como foi a Queda, Primeiro Atendimento e Hospitalização, Causalidade da Queda, Significados e Sentimentos Provocados pela Queda. Os resultados trouxeram a percepção da vulnerabilidade individual em relação às comorbidades do idoso, como demência e Diabetes *Mellitus*. A vulnerabilidade institucional foi desvelada nos riscos da hospitalização e nos significados atribuídos a 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. Acredita-se no ideário dos programas de prevenção, com estratégias voltadas para realidade local. Observa-se a importância de estratégias preventivas quanto às dimensões da vulnerabilidade, pelas possibilidades de atuação com olhar ampliado na atenção à saúde do idoso. Tais estratégias podem contemplar um mapeamento do itinerário da queda de cada idoso hospitalizado, reconhecendo os pontos de vulnerabilidade, nas causas da queda, no primeiro atendimento, na hospitalização e nos sentimentos e significados atribuídos ao evento.

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

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 acidental. 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 (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2010).

A queda surge 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 uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (MALMANN; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Os pontos de fragilidade aproximam-se dos fatores de risco a que o idoso está submetido. Assim, entende-se a importância de que é preciso determinar fatores de risco e delimitar grupos mais vulneráveis dentro da população, além de quantificar e criar indicadores para medir morbidade (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

A ocorrência de queda em pessoas idosas está diretamente ligada a fatores de risco. Os fatores de risco podem dividir-se em intrínsecos (relacionados ao idoso) e extrínsecos (relacionados ao ambiente). Os fatores intrínsecos englobam alterações fisiológicas, presença de doenças, fatores psicológicos e reações a medicamentos. Os fatores de risco extrínsecos referem-se aos riscos comportamentais e ambientais no domicílio e fora dele (SANTOS et al., 2013; OLIVEIRA; MENEZES, 2011; BRASIL, 2010).

A identificação de fatores de risco de quedas e recomendações de ações em saúde para prevenção do agravo tem sido foco de várias produções científicas, que buscam meios de controlar e minimizar o impacto epidemiológico deste agravo, quanto à morbimortalidade, ao custo social e financeiro (OLIVEIRA et al., 2015; LIMA; CEZARIO, 2014; SANTOS et al., 2013; LOPES et al., 2007).

Acredita-se que considerar os fatores de risco para as quedas, sob a perspectiva das dimensões de vulnerabilidade, permite ampliar o olhar e a compreensão sobre o evento. Dessa forma, medidas de gerenciamento e controle de situações de fragilização e vulnerabilidade são estratégias fundamentais na atenção ao idoso, mesmo que, muitas

vezes, estejam mais centradas em intervenções de caráter individualizado.

Alguns estudos têm apontado a relação das dimensões de vulnerabilidade com o contexto de vida das pessoas idosas (RODRIGUES; NERI, 2012; SILVA et al., 2010; ROCHA et al., 2010).

No estudo de Silva et al. (2010), aproximou-se os conceitos de envelhecimento ativo e as três dimensões de vulnerabilidade, concluindo que propostas a serem utilizadas nas práticas em saúde poderão surgir dos próprios idosos, além dos esforços sociais para minimizar as situações de vulnerabilidade da própria população idosa.

Rodrigues e Neri (2012) conduziram estudo exploratório descritivo com 688 idosos, em Campinas/SP, o estudo FIBRA (Rede FIBRA - Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros). As autoras investigaram as relações entre vulnerabilidade social (gênero, idade e renda); individual (comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida) e programática (índices de SUS dependência e de vulnerabilidade social e acesso aos serviços de saúde). As autoras confirmaram que as condições sociais estavam relacionadas à renda familiar do idoso e à vulnerabilidade individual.

Rocha et al. (2010) conduziram pesquisa qualitativa com treze cuidadores que identificaram fatores de vulnerabilidade dos idosos às quedas seguidas de fratura de quadril em um hospital universitário, evidenciando elevada vulnerabilidade em todas as dimensões na população estudada.

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 (AYRES et al., 2006).

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 um 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 melhor respondentes diante de alguma impossibilidade da pessoa idosa, a exemplo de confusão mental, déficit cognitivo, coma e internação 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 Bardin (2011), por meio de três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o 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 a leitura fluente, tornando o conteúdo das mensagens mais claro. Nesta 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 às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos (CNS, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com 16 participantes, dentre 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 mantinham 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 a pessoa esteve exposta. A fala da cuidadora e filha (C5) descreve 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 da intercorrência 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, na presença de déficit cognitivo e risco para 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 sozinho, 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 (ROCHA et al., 2010).

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 caí (...)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 apontaram que no ambiente doméstico as escadarias, o quarto, a sala e o banheiro são os locais que os idosos mais caem, seja por escorregão, tropeção ou por subir em objetos; pela presença 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 (MELO; SANTOS; GRATÃO, 2014).

Outro estudo de revisão da literatura analisou artigos sobre riscos e prevenção de quedas, de 2003 a 2013, apontou que mais da metade das quedas (66%) de idosos ocorrem no próprio domicílio, tendo como locais de maior frequência do evento o quintal (54%) e piso molhado, escorregadio. Entre os fatores de risco ambiental, destacaram-se o piso irregular, a iluminação precária e a presença de mobília, além de fatores intrínsecos, entre os quais se destacaram a utilização inadequada de medicamentos. Nesse estudo também se aponta para o comportamento de risco do idoso, a exemplo de subir em escadas sem corrimão, entre outros fatores de exposição (SANTOS et al., 2013).

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. Após ter caído e tropeçado na sala e ter fraturado o fêmur, o que resultou em hospitalização e cirurgia, a participante I7 justificou o porquê utilizava tapete, artefato que fazia parte da decoração da casa permanentemente. Durante a entrevista a idosa demonstrou grande tristeza por ter experienciado a queda, além de um sentimento de revolta e culpa por ter tropeçado no próprio tapete, repetindo várias vezes seu descontentamento durante a entrevista:

Estava na sala e tropecei no tapete... que estava com a ponta dobrada e eu não vi. Uso tapete perto do sofá porque tem o inverno... e a gente já está velho... isso é para a gente não “pegar friagem”. (I7)

(...) 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 et al. (2007), que realizaram entrevistas semiestruturadas com 20 participantes. Os resultados apontaram 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. Os autores demonstraram conclusões relevantes de que os entrevistados tinham conhecimento acerca dos fatores causadores das quedas, apesar dos obstáculos persistirem no ambiente, remetendo ao fato de que as pessoas idosas seguiam em exposição ao risco.

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)

Ela foi internada para averiguar uma possível pedra na região do abdômen. (...) estava sendo medicada e durante a noite... sai e depois voltava para passar a noite. O enfermeiro disse que não era para me preocupar, que a equipe cuidaria dela sem problemas. (...) nesse momento da minha ida para a casa... ocorreu a queda. Ela tentou sair da cama e acabou caindo. (C6)

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 atenção de que está vulnerável o idoso e sua família que não tem acesso às informações, aos recursos físicos e estruturais adequados às necessidades da pessoa (ROCHA et al., 2010).

Por essa razão a educação em saúde e o empoderamento são necessários na incorporação do conhecimento acerca dos elementos de prevenção diária do evento queda e das práticas e saberes que podem ser construídos (CARVALHO, 2004).

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 (ROCHA et al., 2010).

A partir disso, programas educativos devem ser criados para preparar idosos, cuidadores e familiares a lidarem com a vulnerabilidade do idoso dentro e fora de casa.

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 a obstrução da artéria com risco de perder a perna. (I4)

Durante as entrevistas as participantes destacaram a qualidade do primeiro atendimento pré-hospitalar móvel, sentindo-se apoiadas neste momento de socorro e ao terem recebido assistência tão logo acionaram o serviço, principalmente do SAMU. Em Santa Catarina o SAMU é normatizado pela Portaria nº 1864/GM de setembro de 2003. Foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais, organizando os atendimentos de acordo com as macrorregiões do Estado. É um sistema que transporta toda pessoa em situação de urgência e emergência para um serviço hospitalar, dentro da região de abrangência sob os cuidados de uma equipe profissional capacitada. O Estado dispõe de oito Centrais de Regulação, entre as quais se encontra a Central Grande Florianópolis – Florianópolis (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2015; BRASIL, 2013).

Na região da Grande Florianópolis, após receberem atendimento pré-hospitalar em unidade móvel, os idosos do estudo foram transportados ao serviço de alta complexidade, considerado referência em ortopedia para todo Estado de Santa Catarina. Entretanto, uma idosa foi transportada primeiramente a outro serviço hospitalar dentro do mesmo município e após a ocorrência de uma queda dentro da própria instituição, a idosa em questão foi transferida ao hospital de referência, o qual foi o cenário de coleta deste estudo.

Assim, emergiram conteúdos acerca da percepção de idosos e cuidadores sobre as experiências vivenciadas durante a hospitalização, exemplificadas pelas falas das participantes I1, I3 e C5.

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)

O estresse produzido pelo ambiente hospitalar foi o significado dado pela idosa I1 ao mencionar o período que ficou no hospital e a necessidade de apoiar-se em medicamentos ansiolíticos para resistir ao período de internação.

O descontentamento com a hospitalização também foi relatado pela idosa I3:

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)

A idosa I3 relacionou seu desconforto, 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:

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*” (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011, p. 959).

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... (C5)

“Não sei porque 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)

Diante dos cuidados demandados pelas consequências da queda do idoso, a cuidadora C5 demonstrava dúvida sobre as decisões clínicas adotadas com seu pai. Segundo a cuidadora, a realização de alguns procedimentos causava extrema agitação no idoso, o qual se manifestava com gritos e gemidos, somando-se à condição de saúde atual em relação à Doença de Alzheimer:

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, transformam 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 (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Mesmo assim, acredita-se que é possível criar um ambiente hospitalar que possa estar em consonância com as necessidades da pessoa idosa. As adaptações necessárias, como horários, tipo de alimentação, especificidades de algumas doenças poderiam ser gerenciadas de forma a tornar a experiência da hospitalização menos traumática, a partir do reconhecimento das características e necessidades da população idosa que utiliza o serviço. Nesse sentido, identifica-se a vulnerabilidade social e programática/institucional a que os idosos e cuidadores estão submetidos diante do processo de hospitalização desse idoso, permitindo criar estratégias de proteção da pessoa idosa e prevenção da piora do seu estado atual de saúde.

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 (MOTTA et al., 2010).

A situação de hospitalização já representa em si um desfecho da queda. Depois do primeiro impacto e susto pelo acidente, muitas vezes, é no ambiente hospitalar que o idoso irá refletir sobre a situação que o levou a cair, bem como os desdobramentos do fenômeno.

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. Esta 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)

Ela cai é por causa dessa doença (...) é sempre quando ela quer sair (...) fazer coisas que ela não pode. Ela não tem noção. Isso é da cabeça dela que não está boa (...) fica dizendo que tem que encilhar os cavalos (...) fazer café para os homens irem trabalhar... coisas lá do passado dela. (C8)

A causalidade para as participantes C3, C4 e C8 expressou-se mais evidentemente pela associação das quedas aos sintomas como hipoglicemia, tontura, confusão mental e ansiedade.

A causalidade converge para fatores de risco, expressando vulnerabilidade individual, social ou programática, mas nem sempre é possível isolar uma única causa, mas os efeitos são diretamente percebidos, como as lesões, fraturas, cirurgias, incapacidade e óbito (MELO; SANTOS; GRATÃO, 2014; ANTES et al., 2013; ROCHA et al., 2010).

Aceitando que a queda é fenômeno multifatorial, conforme relataram Santos et al. (2013), percebe-se que a presença de comorbidades e seus sintomas influenciam diretamente na ocorrência do evento, demonstrando ser um importante elemento de avaliação para prevenir quedas.

A relação de causa-efeito entre comorbidades e quedas também pode ser entendida como a relação das condições de saúde com as quedas, as quais devem ser igualmente analisadas como possibilidades de intervenção.

Acredita-se que a condição de saúde carrega potencial gerador de agravamento do estado de saúde do idoso, configurando-se em causa ou

consequência do agravo, conforme se pode observar nas falas de C7 e C8:

Relaciono essa queda com as condições de saúde... esse problema dela de coração... considero a queda uma consequência do agravamento nesse quadro de saúde... (C7)

(...) essas quedas estão muito ligadas com a doença dela, essa confusão que ela fica, aí se agita, quer fugir de casa... (C8)

Percebe-se também que a condição de saúde representa fator de risco intrínseco à queda no idoso, tendo em vista o aparecimento de problemas fisiológicos representados por doenças crônico-degenerativas que podem surgir no processo de envelhecimento, tais como: osteoporose, diabetes mellitus, depressão e demência. Nesse contexto, as condições de saúde levam à limitação funcional, conforme Santos et al. (2013), o que aumenta o risco e a vulnerabilidade biológica/individual, do idoso (ROCHA et al., 2010).

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 (RAMOS et al., 2011).

No contexto hospitalar identifica-se a vulnerabilidade institucional 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 (ROCHA et al., 2010). 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.

No entanto, existem serviços e práticas com o objetivo de prevenir as potenciais ameaças à saúde, mas ainda assim não há garantias incondicionais de que o idoso estará totalmente protegido, tendo em vista que “o risco é uma entidade probabilística” e que há situações imponderáveis (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Apesar disso, as ações de prevenção e de compreensão acerca do cotidiano da pessoa idosa são necessárias para o mapeamento e gerenciamento das situações de vulnerabilidade.

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 abdômen, em outra instituição... não aqui. Eu a trouxe para cá depois que ela caiu lá.... (C6)

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)

A cuidadora C6 demonstrou, durante a entrevista, dúvidas sobre a condição de saúde da idosa na internação nessa segunda instituição, visto que na transferência hospitalar o problema de saúde da idosa passara agora a ser cuidado na outra instituição. A idosa apresentava importante quadro demencial e, ao buscar tratamento para um problema abdominal, sofreu queda de consequências graves, com lesões pelo corpo, fratura e trauma cranioencefálico. A sua mãe entrou em coma e foi a óbito, na segunda instituição, após transferência hospitalar e a realização da entrevista com a cuidadora C6.

A relação de causa e efeito da queda com o estado de saúde do idoso demenciado pode estar associada com o déficit cognitivo, a agitação e a confusão mental. A presença de um quadro demencial pode ser um fator decisivo para ocorrência de quedas, bem como para a gravidade de seus desfechos, evidenciando a necessidade de cuidados

mais intensivos e padrões de avaliação da condição de saúde mais apurados e específicos ao idoso demenciado que vivencia queda.

Para o idoso e seu cuidador 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.

Essa categoria reuniu os significados que os participantes atribuíram à queda e que variaram entre os desfechos, aparentes ou não, a fatalidade, não culpabilização e sentimento de culpa. Para a idosa I5 a queda traz desfechos que podem não estar tão aparentes, mas que igualmente trazem prejuízo:

(...) queda não é bom para ninguém... as vezes não machuca por fora, mas machuca por dentro. (I5)

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 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 que? ... Porque não ficou sentada esperando a secretária sair do banho... porque teve que levantar e ir caminhar sozinha? Ela se ariscou... (C7)

É interessante analisar a fala da participante C7 ao mencionar que a queda foi uma fatalidade e que ninguém teve culpa, nem ela e 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.

Considera-se também que C7 tem corresponsabilidade pelo bem-estar da idosa. No entanto, a idosa arriscou-se ao andar pela sala de casa após achar que estava em condições de voltar a andar, acabou caindo e fraturando o fêmur, fato que “fugiu” do gerenciamento da cuidadora. Acredita-se que as medidas de prevenção, reconhecimento e intervenção perante os fatores de risco são importantes estratégias, mas o risco e a vulnerabilidade estão presentes na vida das pessoas.

Por outro lado, os significados das quedas estiveram atrelados a momentos de tensão e sentimento de culpa associados ao momento da queda e a 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.

O sentimento de culpa esteve presente entre os participantes, sobretudo diante dos desfechos imediatos e fatais, como a necessidade de internação, presença de contusões, traumas, perda de consciência, coma e óbito.

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 e C6:

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 meu primeiro sentimento foi “um sentimento de culpa enorme” (...) não devia ter saído de perto dela. (...) mas de agora em diante é pensar como eu posso melhorar e contribuir, para que ela melhore... Eu fico até emocionada... Mas é preciso pensar assim, eu não posso deixar que tenha uma segunda chance para ela cair. (...) não deixo mais ela sozinha, não confio mais... (C6)

A cuidadora C6 sentia-se arrependida por ter deixado sua mãe “sozinha” e ter ido até em casa descansar, pois acompanhava a internação da idosa tinha três semanas. Durante entrevista, a cuidadora relatava estar superando o ocorrido e fazia planos de cuidados futuros para que sua mãe não caísse novamente. Dizia não querer culpar a equipe de enfermagem pela queda da mãe, pois “ela não devia ter saído de perto”, visto que sua mãe tinha Alzheimer e isso era um risco maior de queda. Passados dois dias da entrevista a idosa foi a óbito e a filha-cuidadora manifestava a perda com um misto de dor, culpa, lamentação e arrependimento.

O idoso que cai, seu cuidador e sua família deve estar atento 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 a própria experimentação das consequências oriundas da queda como a imobilização e a diminuição da independência e autonomia.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, estando associada à sensação de desconforto. É a maior ameaça ao conforto, pois muitas vezes o controle da dor é essencial para que se tenha um tempo de descanso, principalmente frente a algum problema de saúde. Conforto também pode estar associado a um estado de paz, de

bem-estar. Muitas vezes, as pessoas não prestam atenção ao conforto que sentem até que a dor apareça (ELIOPOULOS, 2011).

O desconforto pode ser identificado na situação de queda e trauma do idoso, na presença de 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 (2011), 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.

A perda da autonomia, mesmo que temporária, remete à ideia de dependência que circunda o universo da pessoa idosa. “Ficar dependente”, “depende dos outros”, expressões utilizadas durante as entrevistas. O sentimento de impotência parece estar presente nessas manifestações.

O medo de cair novamente e de quedas recorrentes têm sido relatados em vários estudos (GARCIA; MALAMAN, 2015; RECANELLO et al., 2015; DUARTE et al. 2012). Um 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 apresentaram preocupação de cair, além da correlação significativa entre o medo de quedas e a dificuldade para realizar atividades de vida diária (GARCIA; MALAMAN, 2015).

Em outro estudo descritivo, com abordagem qualitativa, buscou-se compreender as repercussões das quedas na vida de 15 idosos e de 22 familiares, sendo que essas repercussões traduziram-se em medo de ter lesões, medo de cair e medo pela restrição de atividades de vida diária. O medo de cair novamente foi a repercussão mais recorrente e esteve associado à preocupação de ter fratura, imobilização e dependência (RECANELLO et al., 2015).

A realização de atividades da vida diária passa a ser motivo de preocupação para os idosos pelo medo, o que potencializa os riscos e vulnerabilidades. A sensação que o idoso fica 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:

(...) me preocupo com tudo que vou fazer, até para me virarem na cama fico com medo de cair de novo. Procuo nem me mexer. Não quero ficar

perto da ponta da cama... parece que vou cair... (...) eu olho para a beirada e vejo um precipício e fico com medo de cair lá! (I7)

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. (I2)

O estudo *EpiFloripa* demonstrou que o medo de cair novamente esteve presente em mais da metade das respostas dadas pelos idosos (ANTES et al, 2013). Da mesma forma, o estudo de Moraes (2012) também apontou alta prevalência em relação ao medo de cair, sendo o principal motivo para desencadear o “ciclo vicioso” da imobilidade.

Mesmo que não haja lesão física como desfecho das quedas, a sensação de medo por novos episódios provoca menor socialização do idoso e qualidade de vida insatisfatória (ELIOPOULOS, 2011).

O medo de cair associado a quedas recorrentes esteve presente entre os relatos dos participantes do estudo qualitativo de Carvalho et al. (2010), evidenciando a instalação de um quadro de vulnerabilidades.

Os profissionais de saúde devem estar capacitados para prevenir as quedas junto aos idosos e seus familiares (RECANELLO et al., 2015). Políticas públicas devem ser priorizadas no sentido de minimizar as quedas, incentivando a prática de atividade física como forma de prevenção (DUARTE et al., 2012).

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.

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 a 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

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. AGS. Summary of the American Geriatrics Society / British Geriatrics Society. Clinical practice guideline for Prevention of falls in older persons. AGS. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/. Acesso em: Acesso em: Mar., 2014.

ANTES, D. L.; DORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circumstances and consequences of falls among the older adults in Florianópolis. Epi Floripa Aging 2009*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.375-417.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 958-62, 2011.

CARVALHO, E. M. R.; GARCÊS, J. R.; MENEZES, R. L.; SILVA, E. C. F. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2010.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C.R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-310-4. Disponível em SciELO Books: <http://books.scielo.org>. Acesso em: Mar., 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Aprova a Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

DUARTE, L. M.; VALENTIM, F. C. V.; MORÉS, G.; BORGES, E. C.; CÔRTES, M. A. 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: Revista Eletrônica da Univar**, n. 8, p. 20-25, 2012.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GARCIA, L. C. S.; MALAMAN, T. A. B. Avaliação do medo de quedas e sua correlação com o desempenho funcional, cognitivo e

alterações do equilíbrio em idosos de comunidade. **Revista Inspirar - movimento & saúde**, v. 7, n. 1, p. 6-11, 2015.

LIMA, D.; CEZARIO, V. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 2014.

LOPES, M. C. L.; VIOLIN, M.R.; LVAGNOLI, A.P.; MARCON, S.S. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/Article/10073>. Acessado em 27 abr., 2015.

MALLMANN, D. G.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTOS, S. S. C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 517-527, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a12>. Acessado em: 27 abr., 2015.

MELO, B. R. S.; SANTOS, P. R. S.; GRATÃO, A. C. M. Fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos: uma revisão bibliográfica. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 6, n. 2, p. 695-703, 2014.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 12, n. 3, p. 471-7, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6865>.

OLIVEIRA, F. S.; SANTOS, S. S. C.; KERBER, N. P. C.; FRANCIONI, F. F.; CRUZ, V. D. Produção científica acerca dos fatores de risco ambientais para quedas em idosos: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 759-67, fev., 2015.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-9, Abr-Jun, 2011.

RAMOS, C. V.; SANTOS, S. S. C.; BARLEM, E. L. D.; PELZER, M. T. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 13, n. 4, p. 703-13, out/dez, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>. Acessado em: 10 de maio de 2015.

RECANELLO, C. G.; REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. S.; ALEXANDRE, R. M. S.; CEGATI, L. Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7111-7, mar., 2015.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 690-96, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a06.pdf>. Acesso em 27 abr., 2015.

RODRIGUES, N. O.; NERI, L. A. Vulnerabilidade social, individual e programática em Idosos da Comunidade: Dados do Estudo Fibra, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, agosto de 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SES/ SC/ SAMU, 2015. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/>. Acessado em: 15 de maio de 2015

SANTOS, J. S. et al. Identificação dos fatores de riscos de quedas em idosos e sua prevenção. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 53-59, 2013.

SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. Successful aging and health vulnerability: approaches and perspectives. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.35, p.867-77, 2010.

5.3 MANUSCRITO 3 – QUEDA: REPERCUSSÕES PARA O IDOSO E SUA SAÚDE

RESUMO

O Brasil vive uma transição demográfica e epidemiológica, mudando seu perfil de morbimortalidade, onde a população passa a conviver com doenças crônicas não transmissíveis e agravos à saúde que repercurtem na capacidade funcional especialmente do idoso. O objetivo deste estudo foi conhecer as repercussões da queda relatadas pelo idoso e seu cuidador, durante internação em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que por meio da técnica de entrevistas semiestruturadas colheram-se dados junto a oito idosos internados por quedas e oito cuidadores. A análise dos dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo de Bardin por meio da qual se chegou ao eixo temático *Idoso Caidor*, que foi sustentado por quatro categorias: *Mudanças Provocadas pela Queda*, *Eu sou caideira*, *Eu me cuido e Prevenção da Queda*. As repercussões da queda foram evidenciadas no prejuízo à condição de saúde, ao autocuidado e à capacidade funcional. Observou-se a naturalização do fenômeno e a passividade com as consequências danosas do evento. A queda passou a ser valorizada e ganhou visibilidade após ocorrerem consequências consideradas mais graves e dolorosas. Houve repercussão positiva diante da reflexão de aspectos preventivos, associados ao comportamento mais tranquilo que o idoso deve adotar para realização das atividades cotidianas. Entende-se que a adoção de medidas preventivas, individuais e coletivas, poderá impactar nas situações de vulnerabilidade da população idosa, minimizando os danos a saúde e repercussões desfavoráveis.

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

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é realidade constatada no mundo e em países em desenvolvimento como o Brasil, onde o aumento da população idosa tem se dado de forma acelerada. Nesse contexto, observam-se mudanças no perfil de morbimortalidade do brasileiro, que passa a conviver com problemas de saúde de longa duração, que

exercem influência sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida, além de estarem relacionadas à maior morbidade e mortalidade na velhice (VERAS, 2013).

O aumento da longevidade da população suscita riscos e vulnerabilidades de ordem biológica, socioeconômica, sociocultural e psicossocial (RODRIGUES; NERI, 2012). Nas situações de vulnerabilidade em que os idosos estão expostos surge a queda como um importante agravamento à saúde do idoso e ameaça à manutenção de sua capacidade funcional, pois está associada à restrição na mobilidade, fraturas, hospitalização, depressão, perda de autonomia, institucionalização, declínio da condição de saúde e morte (PARREIRA et al, 2010).

O idoso que sofre uma queda amplia sua vulnerabilidade como os problemas de marcha, a vertigem, o maior uso de medicamentos, o uso de dispositivo de auxílio para caminhar e a demência (DEANDREA et al, 2010). Assim, a presença de elementos de vulnerabilidade influencia fortemente na qualidade de vida, sobretudo quando mais de um desses elementos estão presentes, atingindo as diferentes áreas da vida do idoso.

Nesse sentido, em um ano o risco de cair dobra para cada fator de vulnerabilidade adicional (TINETTI; KUMAR, 2010). Segundo o estudo da *American Geriatrics Society* e a *British Geriatrics Society* (2010), o percentual de idosos que residem em comunidade que vivenciaram queda aumentou em 27% para aqueles com até um fator de vulnerabilidade e para 78% entre idosos com quatro ou mais desses fatores.

Evidencia-se que os desdobramentos indesejáveis incidem na morbidade e mortalidade. O elevado custo familiar e individual decorrentes das lesões provocadas pelo evento queda é passível de intervenção, razão pela qual se deve implementar ações preventivas capazes de minimizar os impactos causados pelo mesmo.

Assim, o objetivo deste estudo foi *conhecer as repercussões da queda para o idoso e seu cuidador, relatados durante internação, em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014.*

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, para o qual foram convidados a participarem idosos cujo motivo da internação foi terem sofrido quedas e seus cuidadores. O cenário

escolhido foi o Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis/SC e o período de coleta dos dados foram de outubro a dezembro de 2014. Ao todo foram realizadas 16 entrevistas com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para comporem o *corpus* de análise.

Os critérios de inclusão envolveram pessoas com 60 anos e mais internadas por motivo de queda e que aceitassem integrar a pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como cuidadores que representassem ser melhor respondentes diante de alguma impossibilidade da pessoa idosa.

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).

Após a conclusão da coleta de dados, seguiu-se com a organização do material transcrito para dar início a análise, a qual observou os três pólos cronológicos do processo de Análise de Conteúdo, propostos por Bardin (2011), a saber: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A partir dos conteúdos manifestados surgiu o eixo temático **Idoso Caidor** que agregou quatro categorias, quais sejam: *Mudanças Provocadas pela Queda*; *Eu sou caideira*¹; *Eu me cuido e Prevenção da Queda*.

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 às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos (CNS, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos entrevistados apresentaram idades entre 60 a 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.

¹ Essa expressão foi utilizada por uma idosa, mas retratou a condição e a opinião de outros idosos que se referiram a si mesmos como alguém que caía muito.

Uma das idosas era do lar e a outra trabalhava em casa 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 mantinham ocupações relacionadas ao lar e à atividade de cuidado com o idoso. Duas cuidadoras mantinham atividades fora do domicílio com vínculo empregatício, uma auditora e a outra era cuidadora de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A categoria *Mudanças provocadas pela queda* emergiu dos depoimentos quando relatavam às atividades que o idoso conseguia realizar antes da queda em perspectiva às mudanças percebidas após o evento:

(...) costumava sempre andar pelo pátio, molhar as plantas. (...) varrer a casa, passar o pano no chão...
 (...) saía todos os dias pela manhã para caminhar...
 caminhava mais na beira da praia. (I3)

Ele me ajudava em casa, na cozinha. (...) isso ele não fará mais. A dependência dele aumentou...
 Ele tinha autonomia de comer sozinho, lavar a louça (...) isso o deixava muito feliz. (C5)

Ela lavava louça, tomava banho sozinha, ela fazia todas as coisas dela, higiene, trocava as roupas...
 Ela nunca me pediu para eu fazer nada para ela!
 Mesmo ela não estando bem da cabeça. (...) ela arrumava a cama... não reclamava... (...) só se ela estivesse com muita dor é que ela pedia ajuda...
 Ela sempre foi uma pessoa muito ativa... (C2)

O acidente por queda representa impacto negativo na vida das pessoas idosas por causar crescentes lesões, custos de tratamento e morte. As repercussões das lesões vivenciadas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens, exigindo longo período de internação, tratamento de reabilitação e maior risco de dependência (LIRA et al., 2011).

Tal condição repercute diretamente na família, especialmente sobre os familiares mais próximos, sendo aqueles que assumem novas rotinas em função da reabilitação necessária da pessoa idosa e muitas vezes passam a arcar com despesas extraordinárias para suprir a

necessidade de cuidados especiais. O surgimento de imobilidade, de dependência também representam prejuízo para a família e o cuidador (ILHA et al, 2014).

As mudanças percebidas após a queda traduziram-se na constatação de sérios prejuízos à condição de saúde e capacidade funcional do idoso, provocando reflexão acerca do futuro, como se pode evidenciar nos relatos a seguir:

(...) só espero ter forças para levantar ele e colocar ele pelo menos a andar! Andar, balbuciar alguma coisa. Eu sei que não é mais aquele homem que saiu de casa dia 14, mas não faz mal porque é meu marido que está ali, é o pai dos meus filhos. É ele que está ali... (C1)

Por tudo isso que aconteceu... na mesma coisa ela não vai ficar, as coisas já estão mudando... noto que a cabecinha dela está bem pior desde a queda, ela esquecia um pouco das coisas, mas percebo ela mais devagar ainda. (C3)

Com essa queda vejo que a situação dele mudou totalmente. Fico vendo as consequências disso. Como ele tem doença de Alzheimer, com isso ele ficou muito desorientado... acho que por isso surgiram todas essas complicações. (C5)

... espero por uma dependência muito maior. Ela vai ter que ser alimentada, não vai conseguir tomar banho sozinha, se vestir, vai ficar mais tempo na cama, vai precisar de muita fisioterapia... todos os cuidados para não criar aquelas “escaras” ... vai ter que ter todo um cuidado, um aparato que antes não precisava. (C6)

A ocorrência de queda pode ocasionar consequências físicas e psicológicas que comprometem significativamente a autonomia, a independência e a funcionalidade da pessoa idosa representando decréscimo da qualidade de vida. Sua ocorrência pode gerar desde pequenas escoriações, fraturas, redução da capacidade física, maior dependência, declínio na saúde e motivo para hospitalização ou institucionalização até problemas psicológicos e sociais como depressão, isolamento, alteração na imagem corporal, baixa autoestima,

além do risco de desenvolver a síndrome do medo de quedas (FOHN et al., 2012).

No estudo de Celich et al. (2010) foi possível identificar fatores de risco de queda em 104 idosos, que viviam na comunidade, na região Sul do país. Os resultados revelaram que 63,46% dos idosos relataram já ter caído e 36,53% sofreram fraturas. Os idosos manifestaram que as fraturas trouxeram limitações ao cotidiano, entre as quais relacionaram prejuízo ao caminhar, dificuldade para realizar higiene pessoal e dificuldade para realizar atividades domésticas.

Frente à magnitude do evento queda na vida dos indivíduos faz-se necessário manter-se atualizada a discussão sobre os eventos incapacitantes e a necessidade de preservar a autonomia e a independência do idoso, no sentido de que ele retome o controle sobre a realização das atividades básicas da vida diária e das instrumentais, sendo independente em sua capacidade funcional (FOHN et al., 2012).

A capacidade funcional refere-se à avaliação do potencial que uma pessoa idosa dispõe para realizar as atividades cotidianas, assim como sinaliza a necessidade de auxílio para a execução das mesmas. Tais atividades relacionam-se às atividades básicas e às atividades instrumentais de vida diária (BRASIL, 2010).

A redução ou a perda da capacidade funcional tem implicações importantes para o idoso, sua família, para a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo, assim, para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (FOHN et al., 2012).

Após as evidências demarcadas pelas repercussões das quedas, surgem expectativas de que o idoso voltará a fazer o que costumava fazer antes da queda, pensamento expresso em várias manifestações, como dos participantes I8 e C7, por exemplo:

Minha expectativa é continuar a fazer as coisas que sempre fiz. ... melhorar da perna... melhorando eu posso caminhar com a [muleta] canadense. ... ajeitar meu braço também... que está fora do lugar... Aí eu vou conseguir dirigir de novo... (I8)

Tenho expectativa de que ela volte a fazer os artesanatos, de ver ela caminhando, porque senão ficará muito difícil... senão ela ficaria muito dependente. (C7)

Nas falas das participantes C2 e I6 as expectativas foram expressas ora com sentimento de dúvida, ora como alerta e aprendizado e ora como resignação diante da consequência da queda:

... depois desta queda e da cirurgia... vai ser pior, eu terei que dar mais atenção, não posso mais deixá-la sozinha... eu não sei se ela vai recuperar... se ela vai poder andar de novo! Tenho expectativa mas ao mesmo tempo dúvida se ela vai ter condições de andar, de fazer sua higiene pessoal. (C2)

Essa queda... está servindo como um aviso para mim...para que eu pare e cuide melhor de mim e da minha vida! É como aqueles sinais de “PARE” do trânsito... é como se a vida viesse... e dissesse: agora para e cuida de ti! (I6)

Meu marido vai vir completamente vegetativo. Eu vou levar para minha casa um bebê. (C1)

O olhar subjetivo sobre a vulnerabilidade do idoso à queda permitiu genuína manifestação das pessoas. Criou-se assim um espaço de reflexão para que os participantes tivessem a liberdade de exteriorizar suas crenças acerca do evento queda. Foi possível evidenciar nos depoimentos de I6 e C1 que a queda representou um fato gerador de mudanças na vida das pessoas.

A queda provoca mudanças tanto para o idoso, quanto para o cuidador, demarcando um novo momento na trajetória de saúde e adoecimento de cada um. O pós-queda pode ainda surgir como um evento restritivo ou propositivo de novas experiências. O surgimento do medo de novas quedas, do medo da dependência, da autopercepção negativa de saúde, da adoção de uma postura mais preventiva e da participação para construção de redes de suporte integram o cenário de desfechos e de prevenção (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014).

Amparada pela livre expressão dos participantes surgiu a categoria *Eu sou caideira* como uma autodefinição do idoso em relação à ação de cair sendo incorporada como adjetivo. A categoria *Eu sou caideira* traz a ideia de que o evento queda parece ser algo natural, como se fizesse parte da vida das pessoas ou mesmo como se guardasse determinação hereditária, a exemplo da fala da idosa I5:

Eu já caí várias vezes, mas nunca me machuquei assim! Eu sou muito “caideira”. Eu puxei à minha mãe...ela que era assim. Desde criança eu caio... eu sou assim! (I5)

Eu já caí outras vezes, tropeçava e caía, mas sem gravidade, apenas arranhões ou pequenos hematomas... mas agora... tive até que fazer cirurgia. (I4)

São muitas quedas. A sensação é terrível! Tive outra queda... há 4 meses... na área de serviço de casa. (...) caí de costas. Não teve uma consequência mais grave... mas fiquei com o corpo todo dolorido... Faz 6 meses... tive outra queda... entre o portão e a porta do carro. Foi a mesma coisa, fui fechar a porta... e caí. (...) já sei que, mais ou menos, a cada 2 meses eu caio... (I2)

Evidenciou-se nesse grupo pesquisado que a queda ganha maior atenção do idoso e de seus familiares quando surgem consequências mais complexas, como, por exemplo, a necessidade de hospitalização e cirurgia. De outra forma, o idoso vai convivendo com a dor, as escoriações, os hematomas, a exposição ao risco de novas quedas e por não perceber sua vulnerabilidade estará exposto a desfechos cada vez mais graves.

Assim, os riscos e a vulnerabilidade da queda ocorrem na medida em que o idoso vai experimentando vários níveis de exposição ao evento, complexificando cada vez mais a resultante dessa condição vulnerável, diante do próprio processo de viver da pessoa idosa. Destaca-se que as estratégias preventivas estão carregadas de intervenções com base na identificação de exposição a fatores de risco, porém não é uma tarefa simples estar sempre atento a todos os possíveis riscos que ameaçam a vida das pessoas (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

As situações de vulnerabilidade nem sempre são reconhecidas pelo idoso, pois, muitas vezes, ele próprio não percebe os riscos de ser idoso e tão pouco se percebe idoso (GAWRYSZEWSKI, 2010). Compreende-se que as situações de vulnerabilidade e dos riscos de queda não estão evidentes no cotidiano de idosos e cuidadores, a ponto de que os mesmos consigam reconhecê-los constantemente. No entanto,

entende-se que idosos, familiares, serviços de saúde e comunidade possam adotar estratégias preventivas, que sejam incorporadas ao cotidiano, por meio de processo educativo de empoderamento. Nesse contexto, o conhecimento irá instrumentalizar os diversos atores para níveis de gerenciamento diário de práticas saudáveis que incluam a interpretação da dinâmica do idoso no seu ambiente doméstico e fora dele.

A queda ganha maior visibilidade, muitas vezes, pelas marcas que deixa. A mensagem: “*Eu sou caideira*”, ou “*eu sou assim*”, remete à autoidentificação do idoso como caidor e à aceitação das circunstâncias em torno do evento.

Apesar do contexto de determinação e naturalização presente na ideia de “ser caidor”, o estudo também revelou manifestações dos idosos acerca do autocuidado, o que foi evidenciado pela categoria ***Eu me cuido***.

Essa categoria demonstrou que o autocuidado dos participantes estava relacionado ao bem-estar que vem da alimentação e dos hábitos de vida saudável. A saúde aqui foi relacionada à alimentação equilibrada, natural e vegetariana, bem como à utilização de plantas medicinais. A recuperação do estado de saúde após a queda aparece associada à alimentação, surgindo como elemento central e importante para as idosas I3 e I6:

Vou continuar com a minha alimentação que é toda natural com produtos integrais... (...) essa alimentação ajuda na recuperação da pessoa... (I3)

(...) sou vegetariana há 40 anos... Eu tomo suco natural, faço saladas maravilhosas. Eu como vários tipos de verduras, legumes e frutas. Sei fazer coisas maravilhosas na cozinha. Acredito que isso tudo dá saúde para a gente, até para recuperar osso. (I6)

Menezes et al., (2010) buscaram identificar o significado da alimentação saudável para 202 idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os significados manifestos entre os entrevistados apresentaram vinculação à preocupação com a saúde, com a prevenção de doenças, num sentido medicalizador, distanciando do mundo dos desejos e da subjetividade que pode estar presente na relação do idoso com o alimentar-se. Dos

entrevistados, 69,8% referiram ter recebido algum tipo de orientação nutricional anterior à pesquisa, sendo idosos que haviam adquirido algum conhecimento sobre o assunto. Entretanto, a noção de alimentação saudável para esse grupo de idosos permeava uma ideia polarizada dos alimentos, entre os alimentos que fazem bem e os que fazem mal para a saúde. Entre os alimentos identificados como “bons” estavam frutas, verduras, legumes e carnes brancas e entre os “maus” figuravam a carne vermelha, frituras, doces e massas, concepção que se liga à ideia de prevenção para tratar doenças, seguindo a lógica da restrição.

Percebe-se nas falas das participantes do presente estudo que a alimentação natural é reconhecida como algo saudável, sendo um hábito prazeroso. Identificaram-se nesse grupo aspectos subjetivos do cotidiano vivido a partir das práticas e saberes das idosas sobre seu autocuidado. Entende-se que o contexto da queda deve estar inserido nas práticas e nos saberes a serem incorporados pelos idosos e suas famílias.

O empoderamento das participantes sobre as informações de alimentação saudável e plantas medicinais estimularam as reflexões acerca do incentivo a prevenção de acidentes por queda. As falas nesta categoria permitiram entender que o autocuidado favorece e é favorecido pelo empoderamento, na medida em que o idoso apropria-se de conhecimentos que acredita serem benéficos para sua saúde. Assim, tais conhecimentos podem ser reforçados para trabalhar os aspectos relativos à *prevenção de queda*.

A categoria ***Prevenção da queda*** emergiu dos depoimentos, quando os informantes identificaram elementos de prevenção, que poderiam ter auxiliado a evitar o agravo, evidenciados nas falas das cuidadoras C6, C7 e dos idosos I2, I6, I7 e I8.

(...) como ela tem Alzheimer todo cuidado com queda é importante (...) poderia ter uma ação preventiva no quarto do hospital, como algum sistema de contenção (...) poderia resolver de ela não sair da cama. (...) criar um ambiente de paz e tranquilidade... Fechei as cortinas, mas agora acho que aquela cortina deveria ter ficado aberta... talvez ela não tivesse caído. (C6)

(...) barras no banheiro, tipo de calçado, retirada de tapetes, cuidado com degrau, piso, escadas, isso tudo eu considero básico e já havia providenciado bem antes de ela cair. (...) Acho

que cadeira no caso dela é algo importante. (...) tem que ser uma cadeira firme, que aguente minha mãe que é pesadinha. Esses cuidados básicos eu comecei a ter assim que ela começou a mostrar mais fragilidade. (C7)

“Ando devagar porque já tive pressa...”, essa música diz muito da minha vida. Agora é andar devagar e olhar a paisagem...e não ter pressa. (I2)

Caí porque estava ansiosa e apressada (...) sou marceneira. Faço casinhas de boneca e peguei uma encomenda muito grande (...) e para dar conta do pedido eu andava apurada dentro de casa, subindo e descendo uns degraus que tem da cozinha para a área... (I6)

Eu poderia ter prevenido se fizesse as coisas com mais calma. No dia que eu caí eu fui muito rápido (...) porque queria dar o remédio para o meu marido que ele tem que tomar as 8hs da manhã. (I7)

(...) como prevenção dessa queda na rua eu deveria ter saído do carro com a ajuda de alguém.... Dentro de casa... não deveria ter facilitado... A esposa tem me ajudado, mas disse... “deixa que quero tentar fazer sozinho”. (I8)

A cuidadora C6 atrelou sua ideia de prevenção de queda à condição específica de sua mãe com Doença de Alzheimer que caiu durante a hospitalização, tendo como desfecho o estado de coma e morte. A cuidadora, de alguma forma, esperava que a instituição dispusesse de estratégias de prevenção de quedas para pessoas com demência, demonstrando a presença de vulnerabilidade institucional a que a idosa estava exposta.

Para a cuidadora C7 prevenir é “providenciar o que for necessário” como forma de controlar os fatores de risco ambientais, demonstrando ter conhecimento de como se pode organizar a estrutura doméstica a fim de evitar queda.

O idoso I2 mencionou que prevenção é “não ter pressa” e que a pressa era um fator associado às causas das várias quedas que vinha tendo nos últimos 2 anos, traduzindo seu sentimento atual de

preservação e autocuidado, mas que não impediu que as variadas quedas ocorressem.

Da mesma forma, destaca-se também a fala da idosa I6 que caiu entre a cozinha e o quintal, por estar com pressa para concluir seu trabalho de marcenaria, sofrendo fratura de fêmur, hospitalização e cirurgia.

Realizar as atividades rotineiras com calma pode prevenir queda no ambiente doméstico, conforme a fala da idosa I7, visto que ao ter pressa tropeçou no tapete da sala de casa, sem ver que o mesmo representava obstáculo naquele momento:

A prevenção estava associada a “ter ajuda de alguém”, para o idoso I8, tanto em relação a queda que ele teve na rua, quanto na queda que teve dentro de casa.

Em estudo epidemiológico de base populacional, realizado na capital catarinense conhecido como *EpiFloripa*, evidenciou-se que a maior parte dos idosos costuma cair no próprio domicílio (43,2%), em circunstâncias de tropeços e escorregões e por motivo de pressa, pelas mãos estarem ocupadas e por irregularidades no piso (ANTES et al., 2013).

Prevenir é antecipar-se a algo que se conhece, evitando a situação de enfermidade e agravo (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Ações de prevenção são necessárias, desde a avaliação de riscos individuais e domésticos pelos serviços de saúde até as ações de educação em saúde para empoderamento de idosos e cuidadores. Relacionam-se assim as estratégias de prevenção num entrelaçamento que perpassa as ações profissionais e que se ajustam ao grau de adoecimento e de saúde.

A prevenção também é prever medidas clínicas e de intervenção que focalizem o problema e agravo à saúde de forma precoce. O modelo proposto por Leavell e Clark, em 1965, analisava os três diferentes níveis de prevenção de agravos, tais como: a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária caracteriza-se como uma ideia de nível de proteção contra um agente patológico e agentes do ambiente, no qual se encontram as medidas para ampliar a saúde, como ações de educação e aconselhamento em todos os momentos terapêuticos entre profissionais e usuários. Na prevenção secundária encontra-se a presença de um diagnóstico e a indicação de tratamento para um problema de saúde que já se instalou. Na prevenção terciária identificam-se as medidas de reabilitação quanto ao adoecimento (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Investimentos financeiros são necessários para que medidas preventivas sejam de fato implementadas no contexto da queda, no sentido de preservar a capacidade funcional do idoso de forma a permitir que ele viva mais e melhor. Com a longevidade entende-se a adoção de medidas de detecção precoce, avaliação de risco e monitoramento de agravos como foco de atenção à saúde (VERAS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível conhecer as repercussões da queda, relatadas por idosos e cuidadores, das quais se observou prejuízo à condição de saúde, ao autocuidado frente à situação de vulnerabilidade e à capacidade funcional do idoso para realização das atividades de vida diária. As repercussões da queda foram evidenciadas também na naturalização do fenômeno, como se fizesse parte da vida do idoso e a passividade do mesmo com as consequências danosas do evento.

Percebeu-se que a queda passou a ser valorizada pelo grupo estudado, após ocorrerem consequências consideradas mais graves, como, por exemplo, necessitar de internação e cirurgia. As quedas recorrentes não foram valorizadas pelos participantes do estudo, dado o grau de importância que os mesmos atribuíam. Acredita-se, então, que a queda ganhou visibilidade diante das repercussões dolorosas. Observou-se que a repercussão da queda foi positiva, quando levou os participantes a refletirem sobre aspectos preventivos associados ao fato do idoso ter comportamento mais tranquilo para realização das atividades cotidianas.

Entende-se que a adoção de medidas preventivas, individuais e coletivas, poderá impactar nas situações de vulnerabilidade da população idosa, minimizando custos hospitalares e efeitos desfavoráveis. Entre essas medidas, destaca-se a avaliação das comorbidades presentes na vida do idoso, que potencializam as consequências danosas de uma queda, além análise de características estruturais do ambiente, dentro e fora do domicílio.

Analisar esses fatores, de acordo com a realidade de cada idoso, poderá contribuir para atenção integral, abrangente e mais resolutiva em todos os níveis de prevenção. Essas estratégias possibilitam a manutenção da autonomia do idoso, da continuidade da convivência familiar e social, provocando reflexões sobre as práticas de prevenção.

Nesse sentido, sugere-se aos profissionais de saúde, inclusive aos enfermeiros, a produção de pesquisas direcionadas aos idosos,

desenvolvendo estudos de intervenção para prevenção de quedas que possam ser aplicados na prática clínica e que possibilitem gerenciar a vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. AGS. **Clinical practice guideline: for prevention of falls in older persons** [Internet]. New York: AGS; 2010 Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/. Acesso em: 15 julho 2015.
- ANTES, D. L.; DORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circumstances and consequences of falls among the older adults in Florianópolis. Epi Floripa Aging 2009*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C.R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Temas em saúde collection. ISBN 978-85-7541-310-4. Disponível em SciELO Books: <http://books.scielo.org>
- CELICH, D. K. L. S. et al. Fatores que predisõem às quedas em idosos. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 419-426, 2010.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Aprova a Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências [online]. 2nd. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. ISBN 978-85-7541-353-1. Disponível em: SciELO Books: <http://books.scielo.org>

DEANDREA, S.; LUCENTEFORTE, E.; BRAVI, F.; FOSCHI, R.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology**, v. 21, n. 5, p. 658-68, 2010.

FALSARELLA, G. R.; GASPAROTTO, L. P. R.; COIMBRA, A. M. V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-910, 2014.

FOHN, J. R. S.; WEHBE, S. C. C. F.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; STACKFLETH, R.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 927-34, 2012.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a13v56n2.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

ILHA et al. Quedas em idosos: reflexão para os enfermeiros e demais profissionais. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1791-8, 2014.

LIRA, A. C. C.; PONTES, M. L. F.; QUEIROZ, R. B.; MARQUES, A. A. S.; PINHO, T. A. M.; SILVA, A. O. Caracterização de quedas em idosos. **Rev pesq cuid fundam**. Ed.Supl., p. 176-83, 2011.

MENEZES, M. F. G.; TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M.; TARGUETA, C. L.; PRADO, S. D. Alimentação saudável na experiência de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 267-75, 2010.

PARREIRA, J. G.; VIANNA, A. M. F.; CARDOSO, G. S.; KARAKHANIAN, W. Z.; CALIL, D.; PERLINGEIRO, J. A. G. et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 6, p. 660-4, 2010.

RODRIGUES, N. O.; NERI, L. A. Vulnerabilidade social, individual e programática em Idosos da Comunidade: Dados do Estudo Fibra,

Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-39, 2012. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2015.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de Atenção à Saúde do Idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis** [online], v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

TINETTI, M. E.; KUMAR, C. The patient who falls: “it’s always a trade-off.” **J Am Med Assoc**, v. 303, n. 3, p. 258-66, 2010.

5.4 MANUSCRITO 4: REDES DE SUPORTE EVIDENCIADAS NO CUIDADO AO IDOSO CAIDOR: REFLEXÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

RESUMO

O envelhecimento da população mundial e brasileira traz mudanças para as políticas públicas, diante do suporte necessário para resolver as demandas oriundas do aumento da expectativa de vida. Assim, este estudo objetivou analisar os agentes de suporte para o enfrentamento da queda, relatados por idosos e cuidadores durante internação, em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014. Realizou-se uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, por meio de 16 entrevistas semiestruturadas, com oito idosos e oito cuidadores, no período supracitado. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, resultando no eixo temático Suporte para enfrentamento da queda, o qual foi sustentado por três categorias: Suporte da Informação, Suporte Familiar e Suporte da Espiritualidade. O suporte da informação, da rede familiar e da espiritualidade suscitaram reflexões para promoção da saúde, com potencial para valorizar elementos da política de promoção da saúde como a educação, o empoderamento, a participação e os recursos comunitários.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas. Saúde do Idoso. Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa um importante fenômeno da humanidade e traz profundas implicações para os serviços e para as práticas de saúde, as quais têm passado por um amplo redimensionamento em face das demandas oriundas da longevidade (COELHO FILHO, 2013). Entre essas demandas, encontram-se as situações de vulnerabilidade, que são potencialmente geradoras de agravos à saúde do idoso.

Os agravos são condições que não correspondem obrigatoriamente a doenças, sendo eventos acidentais e não intencionais que podem ser evitados. Resultam, muitas vezes, em lesões físicas e/ou emocionais, as quais se dão em ambiente doméstico ou fora dele (PAIM,

2009). Entre esses agravos destaca-se a queda e suas implicações na vida da pessoa idosa.

[...] o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos, em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram se estruturando ao longo da vida (BRASIL, 2014, p. 23).

O aumento da expectativa de vida torna fundamental o investimento na promoção do envelhecimento ativo e em estratégias de atenção à saúde de pessoas com idades mais avançadas. O cenário de crescimento populacional torna prioritário a implantação de programas inovadores, que focalizem a capacidade funcional em vez da doença e do agravo, ampliando a consciência sobre o envelhecimento como processo inerente à vida de toda sociedade (COELHO FILHO, 2013).

Entende-se que o envelhecimento ativo advém da articulação de pressupostos de políticas públicas de abrangência intersetorial, uma vez que cria estratégias para todas as demandas do envelhecimento, inclusive para a demanda de viver mais e com qualidade de vida. A articulação entre diversas políticas públicas propicia a formação de redes de políticas complementares, com maior potencial para lidar com a vulnerabilidade da pessoa idosa, pelo envolvimento de vários setores da sociedade.

A partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reformulada em 2014, observa-se um estímulo mais evidente na articulação e cooperação intra e intersetorial como eixo operacional de suas ações no “*compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre diferentes setores e área do mesmo setor*” (BRASIL, 2015, p. 15).

Na revisão da PNPS está o conceito ampliado de saúde como um conjunto de estratégias e de formas de produzir saúde, em âmbito individual e coletivo, buscando ações conjuntas com as redes de proteção social, com participação e controle social. As novas diretrizes incentivam a mobilidade segura e os hábitos saudáveis de vida, como a prática de atividade física e o cuidado com a alimentação (BRASIL, 2015).

Tais diretrizes coadunam com os determinantes de saúde, os determinantes sociais e com os determinantes do ambiente físico, presentes na Política de Envelhecimento Ativo, quando se vislumbra a vulnerabilidade do idoso à queda.

O Envelhecimento Ativo visa melhorar a qualidade de vida diante do envelhecimento de todas as pessoas, inclusive das pessoas fragilizadas e com algum grau de incapacidade, sendo também um “*processo de otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança para uma melhor qualidade de vida...*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 13).

Na articulação e na formação de uma rede de políticas para o idoso residem ações que podem conjuntamente atuar no enfrentamento da queda. Ações de promoção da saúde devem ser implementadas a partir de agentes que estimulem o envelhecimento ativo e, portanto, a qualidade de vida.

Assim, o objetivo deste estudo foi *analisar os agentes de suporte para enfrentamento da queda, relatados por idosos e cuidadores durante internação, em um hospital público de Florianópolis, no período de outubro a dezembro de 2014.*

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que respeitou as diferentes formas de pensar que emergiram dos conteúdos manifestos pelos participantes.

Idosos e cuidadores foram convidados a fazer parte da pesquisa, respondendo a um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas com 16 participantes, oito idosos e oito cuidadores, tendo como cenário o Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis/SC, no período de outubro a dezembro de 2014.

Os critérios de inclusão envolveram as pessoas, com 60 anos e mais, que foram internadas por motivo de queda e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Alguns cuidadores participaram por serem melhor respondentes, naqueles casos em que o idoso apresentava-se impossibilitado, seja por déficit cognitivo, confusão mental ou coma.

As entrevistas foram gravadas e tiveram duração de 40 a 60 minutos, sendo transcritas na íntegra para preservar o sentido das falas. Idosos e cuidadores foram convidados a participar do estudo, sendo informados quanto aos objetivos, aos riscos e aos benefícios da

pesquisa. Em seguida, foram realizadas as combinações quanto ao aceite ou não de fazer parte do estudo, além da disponibilidade de horários, interesse e motivação.

No sentido de preservar as identidades, foram utilizados códigos constituídos por letras e por números, identificando idosos pela letra “I” seguida de números de 1 a 8 (I1, I2, I3... até I8) e cuidadores pela letra “C”, seguida da mesma numeração (C1, C2, C3... até C8).

A análise dos dados observou os três polos cronológicos da Análise de Conteúdo, conforme preconizado por Bardin (2011), tais como: 1º) a *pré-análise*; 2º) a *exploração do material*; e 3º) o *tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*. Dos conteúdos das falas dos participantes, emergiu o eixo temático **Suporte para enfrentamento da queda**, em torno do qual se organizaram três categorias que congregaram significados a partir do: *Suporte da Informação, Suporte Familiar e Suporte da Espiritualidade*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), por meio do 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 (CNS, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com 16 participantes, dentre os quais oito eram idosos e oito eram cuidadores. Os idosos entrevistados tiveram uma média de idade em torno de 65 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 em casa como marceneira.

O grupo de cuidadores era todo constituído por mulheres e somente uma era solteira. A média de idade das cuidadoras ficava em torno de 48 anos. A maioria das cuidadoras mantinham 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).

A categoria *Suporte da Informação* constituiu-se a partir dos relatos dos idosos e cuidadores relativos as informações recebidas

acerca do evento quedas tanto durante a hospitalização, quanto no momento da alta e do retorno para suas atividades diárias.

As orientações em saúde fazem parte da dimensão educativa que os profissionais de saúde podem desenvolver na oferta de um cuidado integral ao idoso, inserindo a família e o cuidador, diante das dificuldades que surgem, especialmente em ambiente domiciliar, depois da alta.

O depoimento da cuidadora C1 expressa sua necessidade de receber orientações dos profissionais de saúde em relação ao cuidado domiciliar que teria com seu esposo após a alta: Ao tomar consciência da rotina de cuidado que teria com seu cônjuge, a cuidadora solicita ajuda dos profissionais da instituição, reivindicando aprendizado acerca do cuidado que realizaria no domicílio:

Eu vou ficar aqui... até porque tenho que aprender a como lidar com meu marido agora, tenho que aprender como tocar nele, tenho que aprender como que se dá um banho de leito...como troca fralda... isso vocês vão ter que me ensinar...eu tenho que aprender tudo! (C1)

Acredita-se que todo profissional de saúde é um educador em potencial e que o mesmo está inserido numa atmosfera de cuidado que não se restringe apenas ao ambiente hospitalar e ao período de internação. Entende-se que a informação é um instrumento fundamental para a recuperação de um idoso que caiu, além de um poderoso componente de prevenção de novas quedas recorrentes e de instalação de comorbidades. Nesse sentido, é fundamental a disposição dos serviços e dos profissionais de saúde no gerenciamento das informações para a plena reabilitação da pessoa idosa.

Entretanto, muitas vezes, as instituições não estão preparadas e seus funcionários nem sempre capacitados para exercerem o papel de facilitadores de processos educativos em saúde. Percebe-se que algumas barreiras impedem o fluxo e construção de saberes, tais como o compromisso dos profissionais, a estrutura de educação permanente e continuada das instituições, entre outras.

As barreiras de informação influenciam as pessoas no que se refere ao conhecimento sobre sua condição de saúde e de doença. As informações devem estar adequadas ao contexto social de cada grupo, de acordo com seus aportes culturais, familiares e educacionais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Essas barreiras de informação reforçam a vulnerabilidade do idoso à queda, situação de risco que pode ser minimizada por estratégias educativas de iniciativa dos serviços de saúde, com a população idosa e seus familiares que utilizam esses espaços.

A fala de I8 aponta seu reconhecimento de que as pessoas necessitam do apoio da informação, o que pode minimizar a exposição aos riscos de experimentar uma ou mais quedas:

As pessoas precisam de informação... (...) se a pessoa tem uma noção do que está fazendo ela não se arrisca muito... aí a chance de cair é menor. (I8)

O suporte dado pela informação também foi referido pela cuidadora C5, a qual explicitou que, durante a busca por orientações de cuidado, em um grupo de ajuda mútua, o tema queda de pessoas idosas com demência nunca foi abordado:

A gente precisa de informação. Eu nunca recebi informação específica sobre quedas... frequentei várias vezes um grupo de ajuda sobre pessoas com Alzheimer... e isso de queda nunca foi falado. Se eu soubesse disso antes... quem sabe teria evitado a queda dele. (C5)

A cuidadora C5 acreditava que a informação poderia ter evitado a queda de seu pai e que o conhecimento sobre o evento deveria ter vindo de um grupo de ajuda mútua que participava. Acredita-se que a fala de C5 traz um importante ponto de reflexão sobre a necessidade de apoio por meio da informação em todas as situações de cuidado com o idoso, refletindo, assim, nos momentos em que seu cuidador busca nutrir-se de conhecimento para a realização do cuidado domiciliar.

Assim, entende-se que os grupos de ajuda mútua devem incluir, em suas estratégias educacionais, o tema “quedas relacionadas às demências”, visto que o grupo constitui um recurso bastante acessado pelos cuidadores. Esses grupos, muitas vezes, são a única fonte de apoio dos cuidadores, tendo em vista também o vínculo estabelecido entre os participantes e o compartilhamento de experiências entre eles.

Por outro lado, os serviços e os profissionais de saúde, como um todo, têm o compromisso de orientar e de estimular a população idosa, seus familiares e comunidade. Segundo Pestana et al. (2013), os profissionais de saúde devem incentivar o conhecimento, para que as

pessoas adotem medidas protetivas quanto à prevenção de quedas, procurando avançar nessas medidas e para incorporar em seu cotidiano elementos promotores de saúde.

A partir disso, acredita-se que estratégias empoderadoras para promover saúde devem levar em consideração a participação efetiva nas decisões, incluindo todos os atores que fazem parte do cenário de vulnerabilidade do idoso à queda. A construção de redes sociais de apoio, de mobilização de redes governamentais, de projetos de extensão universitária e dos projetos de ação social tem alto potencial empoderador. Considera-se também que as ações dos profissionais devem contemplar estratégias empoderadoras de promoção da saúde e não somente aquelas de educação para prevenção (SOUZA et al., 2014).

A necessidade de informação é um importante elemento para promoção da saúde, uma vez que possui especial inserção nos processos de educação em saúde e de empoderamento dos sujeitos. A informação é um agente promotor de saúde na medida em que o idoso reflete e percebe os riscos e situações vulneráveis a que está exposto.

Acredita-se que, no momento que o idoso busca e identifica o melhor para si, ele também se torna multiplicador de conhecimento quanto a promover modos de vida mais saudáveis entre seus familiares, sua comunidade e outros idosos. Essa busca pelo melhor encontra conforto na potência do empoderamento, fazendo com que o idoso multiplique suas experiências, aprendizado acerca do processo saúde-doença e situações de vulnerabilidade.

Percebe-se que a pessoa idosa e sua família têm condições de promover formas mais saudáveis de viver e que a informação e o conhecimento são pontos centrais para que isso ocorra. Nesse sentido, o idoso é apoiado ao ter acesso à informação, mas também se sente apoiado por sua rede familiar, mesmo que, muitas vezes, esse suporte esteja entrelaçado a momentos de tensão. Quando isso ocorre, esses momentos de desajuste familiar podem interferir no suporte dado ao idoso até então, potencializando a vulnerabilidade e os riscos cotidianos, conforme evidencia a categoria temática *Suporte Familiar*.

Essa categoria constituiu-se pelas declarações das participantes ao relatarem características da sua rede de suporte familiar, que ora mostrava-se apoiadora, afetuosa; ora, tensa e conflituosa. É importante ressaltar que todos os idosos do estudo faziam parte de alguma rede de apoio, que contava com a presença de um ou mais cuidadores, familiares, pessoas próximas consideradas da família e pessoas da comunidade, das associações e igrejas.

Por meio dos relatos de I7, I8, C1 e C2, observou-se que a rede de suporte foi representada por pessoas que mobilizavam no idoso o sentimento de segurança para os enfrentamentos diante do agravo. Para C1 e C2 o suporte familiar foi expresso pela enumeração das pessoas envolvidas com a situação do idoso:

Eu tenho meus filhos e minhas noras que me cuidam. A neta ficou comigo no hospital. Também tem o pessoal da igreja que posso contar. Tem muitas pessoas que me ajudam. (I7)

Eu fico tranquilo porque tenho meus filhos. (...) poder contar com a minha família é uma grande coisa! (I8)

Conto com as pessoas que estão ao meu redor (...) dispostas a lutar junto comigo. Que são principalmente meu filho e uma amiga, mas que me dão toda força. (C1)

Conto com meus familiares que estão se revezando comigo, ontem minha irmã ficou. Hoje à noite a minha cunhada ficará com a mãe e três noites atrás foi o meu irmão. (C2)

Analisando os depoimentos aparece a expressão “poder contar” como o apoio recebido de uma ou de mais pessoas da família, além de pessoas da comunidade. A rede de apoio pode incluir membros da família, unidos por laços de sangue ou não, agregando igualmente pessoas consideradas como familiares, tendo em vista a proximidade e a dedicação na execução do cuidado.

Entende-se a rede de apoio como um elemento de promoção da saúde do idoso ao olhar-se para os membros dessa rede não só como executores de cuidados, mas como partícipes de um processo de melhoria da qualidade de vida. A presença de cônjuges, filhos, noras, netos, amigos, vizinhos, entre outros, representa o apoio da rede familiar, que pode ser um agente de informações sobre os riscos e a vulnerabilidade da pessoa idosa.

Embora a rede de apoio familiar pareça competente em muitos testemunhos dos participantes, emergiram dos relatos evidências de conflitos familiares que configuraram um clima de estresse subjacente ao cenário da queda e às suas consequências. A situação do agravo

mostrou-se geradora de demandas de cuidado, que nem todas as famílias tinham condições de abarcar efetivamente. Em algumas famílias, a rede de apoio mostrou-se comprometida pela evidente tensão familiar surgida de conflitos do papel desempenhado pelo cuidador e pelo funcionamento da família quanto à responsabilidade com o idoso.

A rede de suporte familiar pode apresentar-se com disfunção, com menor capacidade para satisfazer as necessidades de seus membros, sendo rígida nos papéis que desempenha, incapaz de solicitar ajuda de outras pessoas, inexperiente no manejo de crises e na manutenção de comportamentos inadequados e até mesmo agressiva (ELIOPULOS, 2011).

Os depoimentos da idosa I6 e da cuidadora C8 denunciaram situações de tensão familiar que eclodiram em face da queda e das necessidades geradas por ela. Percebe-se que a vulnerabilidade do idoso e o risco de queda, no contexto de convivência familiar, são intensificados pela necessidade de aporte financeiro, bem como pelo desempenho no papel de cuidador:

Eu ganho salário mínimo. Preciso fazer minhas coisas para ter mais dinheiro. Eu não tenho muita escolha... Preciso trabalhar. Isso meu filho não entende. Ele (filho) me cobra bastante. Ele me repreende que trabalho demais, que corro dentro de casa. O remédio que ele reclama que eu não tomo. Não tomo, porque não posso comprar, pois é muito caro. Diz que não tomo as medicações direito, não me cuido, não faço exercício e só trabalho. Concordo em algumas coisas... mas às vezes prefiro não falar muito para não brigar. (I6)

Eu andava muito chateada por ele (cunhado) dizer que eu não cuidava direito dela. Isso me ajudou a ficar doente... entrei em depressão. Dizia que a minha doença era mentira, que eu tinha inventado tudo isso para não cuidar mais dela... Toda vida eu cuidei dela... sempre fiz tudo por ela! (C8).

Os determinantes da tensão do familiar que cuida de um idoso que está dependente podem englobar os determinantes ligados ao próprio cuidador, aos déficits que o idoso apresenta, à interação do idoso com o cuidador, ao ambiente, e às demandas de cuidado quanto à sobrecarga do cuidador (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (BRASIL, 2010, p 43).

Entende-se que as disfunções familiares envolvem o desempenho de papéis, sobretudo o de mulheres cuidadoras, situação identificada pela participante cuidadora e filha C3:

Não são só as filhas mulheres que têm que cuidar. Ela (mãe) tem mais filhos, noras, netos. Tenho um irmão que não ajuda, ele tem problema com bebida, mas a mulher dele só piora as coisas. (...) ela liga para a mãe 11h30min da noite para se queixar dele... Isso deixa a mãe muito nervosa. (...) disse para ela (cunhada) que, em vez de ficar dando preocupação para a mãe, que ela viesse ajudar. Eu também tenho minha família, meu marido, minha filha. Ele me cobra para que eu não assuma tanto as coisas e que divida mais com meus irmãos, porque tenho que pensar na minha família também. (C3)

Eliopoulos (2011) aponta que as cuidadoras que são filhas de meia-idade representam um grupo vulnerável, pois, ao mesmo tempo em que se tornam cuidadoras, vivem as demandas da maternidade (bem-estar dos filhos), do casamento, além da necessidade de manutenção de uma carreira profissional.

A tensão familiar oriunda das demandas de cuidado ao idoso, bem como a sobrecarga do cuidador familiar, não é uma situação desconhecida pelos profissionais e pelos serviços de saúde, porém é uma situação que carece de contínuas intervenções. Mesmo que o ambiente familiar e doméstico faça parte da dimensão privada de cada um, os serviços de saúde apresentam responsabilidade socio sanitária com o individual e com o coletivo.

Assim, o acompanhamento sistemático de idosos, e, por conseguinte, familiares e cuidadores, deve ser realizado para que se tenha real dimensão do funcionamento de cada família. Situações de

negligência, muitas vezes, nascem da tensão familiar, mas também ganham reforço na falta de conhecimento acerca dos cuidados adequados com a pessoa idosa.

Observa-se que a tensão familiar pode servir como alerta aos profissionais de saúde, para que os mesmos possam acionar elementos de promoção da saúde. Entre esses aspectos, ressalta-se que a educação em saúde e o empoderamento são ferramentas potentes na construção de saberes. O apoio dos profissionais e dos serviços de saúde pode significar a minimização do estresse e a reorganização do núcleo familiar, na medida em que se busquem formas de promover a segurança e o bem-estar do idoso.

Em momentos de conflitos familiares, motivados pelas necessidades de cuidado, muitas vezes surgem julgamentos, críticas, acusações e até medidas punitivas, dependendo do grau de desorganização familiar. Nessas ocasiões é que medidas de gerenciamento do cuidado devem considerar a sensibilização, o empoderamento, com vistas à coparticipação da família e incentivo à afetividade entre as pessoas.

Percebe-se que a vulnerabilidade à queda envolve amplo espectro de determinantes. Deve-se observar o contexto de vulnerabilidade em que cada idoso está imerso, como fator norteador do processo terapêutico individualizado, mas composto por ações integrais e integradas.

Além do suporte da informação e do suporte da família, percebe-se que o idoso necessita ser apoiado de forma ampla. Nesse sentido, muitos idosos sentem-se apoiados na fé, na crença e na espiritualidade, principalmente diante de situações difíceis e de problemas de saúde, como foi possível evidenciar pelo surgimento da categoria *Suporte da Espiritualidade*.

A categoria suporte da espiritualidade emergiu dos conteúdos manifestados por vários participantes do estudo. As respostas subjetivas ligadas à dimensão emocional dos respondentes proporcionaram o reconhecimento de que há um ser ou uma força superior que ampara e conforta nos momentos de dificuldade. As pessoas identificaram esse poder como fé, como divindade, como Deus.

Concorda-se que a espiritualidade possui íntima ligação com o envelhecimento e com seus determinantes, incluindo desde elementos de qualidade de vida até cuidados paliativos. A espiritualidade surge como uma experiência pessoal no entendimento do sagrado como conteúdo acessado nos enfrentamentos diante da vida (LUCCHETTI et al., 2011).

Assim, a espiritualidade representa um importante suporte para o enfrentamento da queda. Analisando os depoimentos dos participantes, percebeu-se o papel relevante que a espiritualidade tem para idosos e cuidadores, na tentativa de superação das situações de adoecimento, de infortúnio e de dor. As experiências de saúde-doença-cuidado, muitas vezes, extrapolam as capacidades humanas de restabelecimento total do indivíduo, fazendo com que este recorra a um ente de “maior poder” para lhe dar força para ultrapassar obstáculos, para resolver algo que parece complexo. Entende-se que a espiritualidade é a essência do nosso ser, que se manifesta pela fé, pela esperança e pelo amor. A fala da cuidadora C3 evidencia o poder depositado na Fé e em Deus para a recuperação de sua mãe:

Tenho Fé que as coisas vão se ajeitar. (...) devemos colocar Deus sempre na frente! (...) tenho Fé que ela vai conseguir se recuperar e sair dessa. (C3)

As pessoas encontram apoio na fé, pois buscam conexão com um poder que está além delas, necessitando superar a si mesmas, sentem-se conectadas a uma força maior que transcende o pensamento lógico e o sentido para as circunstâncias difíceis. Entende-se que a esperança traz expectativa de algo futuro, que precisará ser enfrentado, mesmo que exista dor e sacrifício, pois há também a crença de alívio e de recompensa (ELIOPOULOS, 2011). As falas de I7 e de I8 traduzem a fé e o otimismo na recuperação, após a queda, por meio da força depositada em Deus:

Eu vou voltar a caminhar, nem que seja de andador. Eu vou me recuperar. Eu tenho muita fé. Serei abençoada e vou voltar a caminhar. (I7)

Eu vou me recuperar. Tenho fé. Eu me sinto uma pessoa fortalecida em Deus! Gosto de viver... ser otimista. Sou muito confiante em Deus... Sou católico e frequento a igreja... Recebi a visita do padre em casa quando caí a primeira vez. (I8)

A fala da cuidadora C1, apresentada a seguir, expõe um misto de aceitação, imposto pelo desfecho da queda e pela necessidade de cuidado, de esperança em Deus e que seu esposo sobreviva, possa voltar para casa e ser cuidado por ela:

Eu já estou consciente (...) estou preparada para receber ele da maneira como ele vier (...) não consigo me preparar para uma perda... Nem quero pensar sobre isso. Deus está no meu lado... Eu sou de pedir... de agradecer... Deus não vai tirar ele de mim. (C1)

A busca pelo suporte da espiritualidade remete também ao sentido de aprendizado diante dos problemas vivenciados pelo idoso, por seu cuidador e por sua família. A queda ocorreu como se fosse uma determinação divina, como um tipo de teste ou mesmo lição sobre algo que ela precisasse aprender na vida. Percebe-se que o apoio na espiritualidade significou conformação sobre a queda e sobre seus desdobramentos, pois a confiança em que Deus tem um plano divino e “sabe o que faz com cada um” foi o bastante para que as participantes I5, I7, C1 e C5 aceitassem a condição por elas vivenciada:

Eu sou muito confiante em Deus... se aconteceu isso comigo, é porque alguma coisa Deus quer me ensinar. (I5)

A situação não diferencia o fiel do infiel. Deus coloca a situação na vida da gente para nos testar. Ele não dá a carga maior do que podemos carregar. (I7)

Deus tem um propósito para mim... Era para mim isso. (C1)

Apesar de tudo, acredito em Deus... ele (pai) também e sempre foi muito religioso, sempre...teve muita Fé. Que seja feito o que for melhor para ele! (C5)

A espiritualidade surgiu como um achado relevante, uma vez que abre possibilidades de atuação na promoção da saúde, visto que as pessoas idosas e os seus cuidadores buscam apoio no espiritual para significar a experiência e, com isso, expressam aceitação da injúria.

A partir do que foi exposto, entende-se que momentos terapêuticos que contemplem a dimensão espiritual podem ser efetivos na convivência com o fenômeno. Intervenções podem ser engendradas a partir de ações individuais e coletivas que promovam a participação dos

idosos e o empoderamento quanto a estratégias educativas de promoção da saúde e da qualidade de vida.

Além das medidas preconizadas pelo sistema de saúde pública, acredita-se que ações intersetoriais comunitárias, em parceria com centros de espiritualidade, criariam espaços de reflexão quanto à prevenção dos acidentes por quedas. Essas ações constituiriam uma oportunidade de construir conhecimento e socializá-lo nesses locais, visto que reúnem um grande número de pessoas, muitas vezes, agregando diferentes gerações. A finalidade dessas práticas seria associar a satisfação espiritual com a busca pelo bem-estar do idoso, relacionando ao envolvimento de seus familiares e comunidade que partilham desse contexto de espiritualidade, sem a intenção de reforçar dogmas religiosos como explicações para o evento. Acredita-se que tais ações de promoção da saúde alcançarão de forma genuína os idosos e suas famílias, sensibilizando-os quanto ao cuidado do idoso.

Exemplo disso é a parceria da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/PR), que criaram, na década de 1990, a Pastoral da Pessoa Idosa, a qual realiza até hoje um trabalho comunitário que agrega a espiritualidade à valorização e à dignidade dos idosos. Nesse processo, a manutenção da saúde do idoso surge como uma resultante da promoção da fé e da vida humana. Faz parte da metodologia de trabalho a realização de visitas domiciliares aos idosos, nas quais são verificados indicadores de monitoramento, entre os quais está a identificação de idosos caidores (PASTORAL DA PESSOA IDOSA, 2015).

A partir desse exemplo de ação comunitária, entende-se como relevante o trabalho em parceria com os serviços de saúde, com as Instituições de Nível Superior (IES) e com os demais setores dos serviços públicos. A atuação conjunta nos diferentes espaços de espiritualidade poderá sensibilizar idosos e pessoas que convivem nesses locais, no sentido de criar um ambiente de reflexão sobre a importância da prevenção de acidentes por quedas, no contexto espiritual de promoção e de valorização da vida.

O poder público e as instituições devem compartilhar responsabilidades, como a criação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação de serviços e de profissionais, o desenvolvimento das capacidades individuais e o fortalecimento de ações comunitárias, configurando-se em poderosas estratégias de promoção da saúde (CARVALHO, 2004).

Nesse sentido, identifica-se na Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, possibilidades de

operacionalização de políticas promotoras de saúde que sejam efetivas nos diversos espaços de convívio do idoso. Os espaços de espiritualidade são recursos comunitários de grande poder agregador nas comunidades e, por isso, podem tornar-se apoiadores e divulgadores de ações de promoção da saúde do idoso no evento quedas.

A intersetorialidade e a interconexão entre as estratégias, as redes de ações comunitárias, de políticas públicas serão capazes de levarem o idoso à reflexão, ao conhecimento e ao empoderamento de saberes e de práticas que convivam com os riscos e com as vulnerabilidades da sua condição de vida (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o objetivo do estudo foi alcançado ao identificar os agentes de suporte para o enfrentamento da queda, por meio das categorias Suporte da Informação, Suporte Familiar e Suporte da Espiritualidade. A partir disso, surgiram reflexões acerca de elementos de promoção da saúde, como educação, empoderamento, participação e recursos comunitários.

O suporte da informação suscitou reflexões sobre promoção da saúde, valorizando o processo do envelhecimento ativo. Nesse contexto, a educação constitui-se como elemento promotor da saúde pela construção do conhecimento, facilitada por profissionais e serviços de saúde. Na medida em que as pessoas são envolvidas em estratégias educativas, estimula-se ao empoderamento do processo saúde-doença, desperta-se assim a participação mais dinâmica das pessoas. A apropriação do conhecimento por parte de idosos, familiares e comunidade ajuda a torná-los corresponsáveis pelos momentos de cuidado, pela manutenção da capacidade funcional, contribuindo para o envelhecimento ativo e a qualidade de vida.

O suporte familiar caracterizou-se pelo apoio necessário para o enfrentamento da queda e também pelo apoio que era possível, diante dos conflitos, das tensões familiares e da sobrecarga do cuidador. Nesse sentido, o empoderamento propicia a participação, legitimando a autoridade necessária no cumprimento de uma agenda protetiva de cuidados ao idoso. O empoderamento e a participação estimulam o surgimento de agentes sustentadores das relações de cuidado, executando ações de suporte diante das necessidades de saúde do idoso. Nessa perspectiva, está o papel do profissional de saúde como um

facilitador do processo de fortalecimento de vínculos entre os membros da rede de suporte da família.

A espiritualidade surgiu como suporte para o enfrentamento da queda. Ressalta-se que idosos e cuidadores devem sentir-se fortalecidos na espiritualidade, porém, devem ser estimulados a desempenharem um papel mais ativo, com base em saberes e práticas empoderadoras quanto à vulnerabilidade. A intersetorialidade, a participação e os recursos comunitários, como associações de bairro, igrejas e centros de espiritualidade, são ferramentas consistentes para impulsionar a comunidade ao manejo compartilhado das situações de queda.

Entende-se que o evento queda é amplo e multifatorial, e que as estratégias para seu controle não pertencem somente ao protagonismo de profissionais ou de serviços de saúde, apesar da valorização e expectativa da atuação dos mesmos. Acredita-se, porém, que as ações para promover saúde no âmbito da vulnerabilidade de idosos à queda devem avançar para além das medidas essencialmente prescritivas.

Afirma-se que a atuação unilateral dos profissionais de saúde não tem sido capaz de lidar com o agravo, porque as pessoas necessitam de suporte para o enfrentamento, o qual é impulsionado por políticas públicas intersetoriais, mas que é efetivado pelos próprios sujeitos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS; Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS; Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS; Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS; Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de

2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004.

COELHO FILHO, J. M. Saúde do Idoso. In. ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Aprova a Resolução N° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: Maio 2014.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** [online]. 2nd. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. ISBN 978-85-7541-353-1. Disponível em: SciELO Books: <http://books.scielo.org>. Acesso em:

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERNANDES, M.G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 1, p. 57-63, fevereiro de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>. Acesso em: Maio. 2015.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 14, n. 1, p. 159-67, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASTORAL DA PESSOA IDOSA. CNBB. **Objetivo e Metodologia**. Disponível em: <http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/>. Acesso em: 10 maio. 2015.

PESTANA, A. L.; GULINI, J. E. H. M. B.; SENNA, M.H.; NASCIMENTO, E. R. P.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Estratégias de

promoção à saúde e a prevenção de acidentes no ambiente domiciliar: uma análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6524-32, nov., 2013.

SOUZA, J. M.; THOLL, A. D.; CÓRDOVA, F. P.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOEHS, A. E.; NITSCHKE, R. G. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e Desigualdades Sociais**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Ao final deste estudo, acredita-se que os objetivos foram alcançados, bem como a articulação entre as abordagens quantitativa e qualitativa. O estudo quantitativo retratou uma realidade local, de uma fração da população idosa atendida em um serviço hospitalar de referência. Assim, observou aspectos objetivos, apontando associação entre fatores preditores e desfechos da queda. De outra forma, o estudo qualitativo demonstrou aspectos subjetivos quanto às situações de vulnerabilidade individual e institucional, repercussões e enfrentamento da queda, por meio dos depoimentos de idosos e cuidadores.

Retomando a proposta metodológica de estudos mistos, visualiza-se a complementaridade entre a fração objetiva e subjetiva dos estudos, lançando estratégias integrais e integradas de atenção ao idoso. Essas estratégias teriam a contribuição do estudo quantitativo pela criação de parâmetros sensíveis às características sociodemográficas e de saúde da população idosa, observados nos fatores preditores e desfechos. Os aspectos qualitativos complementarizam essas estratégias pela avaliação da vulnerabilidade individual, institucional, repercussões e enfrentamento da queda, como os riscos da hospitalização, medo de cair novamente, culpa, dor, desconforto, incapacidade e rede de suporte ao idoso.

Essas ações lançariam as bases para elaboração de um instrumento de admissão institucional do idoso, que abarcasse fatores preditores e desfechos da queda, vinculados às dimensões individual e institucional da vulnerabilidade. Entende-se a relevância de programar tais ações não somente no campo da assistência, mas também na educação e gerenciamento, uma vez que além de qualificar a assistência do serviço e irá instrumentalizar processos educativos com profissionais, idosos e cuidadores.

Os achados, principalmente, quanto às repercussões e enfrentamento da queda, provocaram reflexões para a prevenção do agravo e a promoção da saúde para o envelhecimento ativo com qualidade de vida.

Faz-se necessário preconizar estratégias de prevenção amplas e em todos os níveis de atenção, porém nem sempre suficientes e abrangentes o bastante diante da realidade vivida. Isso quer dizer que abarcar estratégias reflexivas podem resultar em ações de promoção da saúde que mobilizem as pessoas idosas a pensarem o contexto de vulnerabilidade, a partir da concepção da própria vida.

Nesse sentido, acredita-se que elementos de promoção da saúde estão latentes na vida das pessoas idosas e que apresentam grande potencial na produção de saúde. Aspectos da política de promoção da saúde, como educação, empoderamento, participação e recursos comunitários são capazes de modificar as situações de risco e vulnerabilidade que acompanham o envelhecimento.

Os serviços públicos de saúde tem papel relevante no contexto das quedas, uma vez que dispõem de recursos físicos e humanos, além de responsabilidade socio sanitária. Os profissionais de saúde devem estar capacitados, aprofundando o conhecimento acerca do evento, identificando fatores de risco para contribuir com o campo da intervenção, na adoção de estratégias direcionadas à assistência ao idoso em todos os níveis de prevenção e para a redução de custos sociais e financeiros. A equipe multiprofissional ganha destaque na atenção ao idoso, uma vez que a diversidade de saberes e práticas proporcionam um olhar abrangente diante da multidimensionalidade da pessoa idosa frente ao evento queda.

O estudo nos faz refletir acerca de possíveis recomendações para o Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência. Para o Ensino de Gerontologia recomenda-se a adoção de uma estratégia educativa que integre a avaliação objetiva e subjetiva das situações de vulnerabilidade e risco para quedas, observando as diferenças entre os sexos e as faixas etárias da população idosa. Percebe-se que a criação de um Programa de Capacitação Multiprofissional sobre Quedas de Idosos em serviços de saúde pública hospitalares ofereceria relevante contribuição à educação permanente em saúde.

Para a Pesquisa, recomenda-se que mais estudos sejam feitos com métodos quantitativos, no sentido de caracterizar e traçar o perfil da população idosa que acessa os serviços de saúde nos três níveis de atenção, com o intuito de planejar, monitorar e avaliar morbimortalidade das quedas. Recomendam-se igualmente pesquisas que testem padrões de monitoramento, pela criação de indicadores. Acredita-se que pesquisas com abordagem quali-quantitativas devem ser realizadas no sentido de avaliar ações e programas nacionais de prevenção de quedas. Mais estudos qualitativos devem ser realizados de forma a investigar aspectos subjetivos da vulnerabilidade a quedas, assim como a percepção do idoso quanto a sua exposição ao risco de cair.

Alguns achados permitem recomendar a criação de Programas de Extensão, com a finalidade de promover saúde. Esses programas incluíram aspectos de promoção como a educação em saúde, o empoderamento e a participação, por meio de um Programa de

Prevenção de Quedas para Pessoas com Demência, Familiares e Cuidadores. Recomenda-se também como atividade extensionista a criação de um Programa Intersectorial de Promoção da Saúde do Idoso e Espiritualidade, que envolva os recursos comunitários, igrejas e demais centros de espiritualidade que idosos e suas famílias costumam frequentar.

Para a Assistência à Saúde do Idoso entende-se como fundamental a utilização de metas e indicadores que atuem nos níveis de atenção em consonância com os níveis de prevenção. Acredita-se que a criação de indicadores a partir de fatores preditores de quedas irá corroborar com as medidas necessárias de segurança do paciente de instituições de alta complexidade. Percebe-se a assistência como um veículo facilitador na construção de uma Rede de Atenção à Saúde voltada ao idoso, de abrangência local, que estabeleça diretrizes coordenadas e compartilhadas em uma Linha de Cuidado para o Idoso.

O estudo apresentou limitações que podem auxiliar pesquisadores a aprimorarem seus processos investigativos ao considerarem essas informações em seus planejamentos e desenhos de pesquisa. O cenário de estudo contou apenas com um serviço hospitalar, que não permitiu generalizações, pois retratou características de um grupo específico de idosos atendidos no referido serviço, em um recorte específico de tempo. A pesquisa em prontuários apresentou limitações quanto à uniformidade dos registros, prejudicados pela ausência de diretrizes, protocolos e instrumentos que garantam e qualifiquem os dados registrados para que os mesmos possam transformar-se em informações. As entrevistas contaram com a participação de cuidadores dos idosos, o que, por um lado, enriqueceu os achados, mas por outro, criou dois grupos de participantes. A partir disso, mesmo que os resultados tenham sido ricos e reveladores, os cuidadores relataram percepções de um evento experimentado pelo idoso.

Ao concluir este estudo, afirma-se que a enfermagem é uma profissão que reúne condições necessárias para realizar atenção integral ao idoso, avaliando os aspectos objetivos e subjetivos do evento queda. Entende-se que o enfermeiro ao vivenciar a dimensão assistencial, gerencial e educativa da profissão poderá implementar ações de educação em saúde, educação continuada, gerenciamento e assistência, de modo a prevenir acidentes por quedas e promover saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. R. O. M.; AZEVEDO, R. C. S.; SILVA, A. M. C. et al. Características e condições de saúde de uma coorte de idosos que sofreram quedas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9. n. 3. p. 7582-9, 2015.

AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais** – 4 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

AGUIAR, C. F.; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 12, n. 3, p. 391-404, 2009.

ALMEIDA, S. T. et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 427-33, 2012.

ANTES, D. L. et al. Circumstances and consequences of falls among the older adults in Florianópolis. Epi Floripa Aging 2009*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013.

AVEIRO, M. C. et al. Mobilidade e risco de quedas de população idosa da comunidade de São Carlos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2481-88, 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.375-417.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington DC, 2011.

BARDIN, M. G.; DOURADO, V. Z. Associação entre a ocorrência de quedas e o desempenho no Incremental Shuttle Walk Test em mulheres idosas. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 16, n. 4, p. 275-80, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENEDETTI, T. R. B.; BINOTTO, M. A.; PETROSKIC, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e prevalência de quedas em idosos residentes no sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 521-33, 2008.

BERRY et al. Poor adherence to Medications May Be associated with Falls. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 65A, n. 5, p. 553-58, 2010.

BORGES et al. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 41-50, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v13n1/v13n1a05.pdf>. Acesso em: Mar., 2015.

BOURQUE et al. **International Journal of Injury Control & Safety Promotion.**, v. 14, n.4, p. 267-270, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18075878>. Acesso em: Mar., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRITO, T. A. et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABERLON, I. C. **Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul, Brasil** / Iride Cristofoli Caberlon. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio

Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em: 28/02/2014.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso**: avanços com contradições. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

CANO, M. G. Correlación del Test “Get Up And Go” con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. **Acta Med Per**, v. 27, n. 1, p. 8-11, 2010.

CARVALHO, E. M. R. et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2010.

CAVALCANTE, A. L. P. et al. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 137-46, 2012.

COSTA, I. C. P. et al. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Aprova a Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

CHRISTOFOLETTI, G et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-33, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/10.pdf>. Acesso em: Dez., 2014.

CRUZ, D. T.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência de quedas em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012.

CURCIO, C. L. et al. Caídas recurrentes en ancianos Recurrent falls in the elderly. **Acta Med Colomb**, Bogotá, v. 34, n. 3, p. 103–10, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n3/v34n3a3.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

EGGERMONT et al. Depressive symptoms, chronic pain, and falls in older community-dwelling adults: the MOBILIZE Boston Study. **J Am Geriatr Soc.**, v. 60, p. 230–237, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283141>. Acesso em:

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. P. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 531-7, 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a07.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-7, 2012.

FERNANDES, M. G. M. et al. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 297-03, 2014. Disponível em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/20542>. Acesso em: Mar., 2014.

FOHN, J. R. S.; WEHBE, S. C. C. F.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; STACKFLETH, R.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 927-34, 2012.

FREITAS, Mariana A. V.; SCHEICHER, Marcos E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 57-64, 2008.

GAI, J.; GOMES, L.; NOBREGA, O. T.; RODRIGUES, M. P. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na com unidade. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 3, p. 327-32, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a19.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

GAMA, Z. A. S.; GÓMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 946-56, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

GANANCA, F. F. et al. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 388-93, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n3/a16v72n3.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

_____. et al. Quedas em idosos com Vertigem Posicional Paroxística Benigna. **Braz J Otorhinolaryngol.**, v. 76, n. 1, p. 113-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n1/v76n1a19.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

GANGAVATI et al. Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. **J Am Geriatr Soc**, v. 59, p. 383–9, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391928>. Acesso em: Mar., 2014.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, p. 162-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a13v56n2.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

GOMES, G. A. O. et al. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 430-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfg/v16n2/05.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

GONÇALVES, D. F. F; RICCI, N.A; COIMBRA, A. M. V. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 316-23, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n4/aop042_09.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

HANLON et al. Number and Dosage of Central Nervous System Medications on Recurrent Falls in Community Elders: The Health, Aging and Body Composition Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 64, n. 4, p. 492-8, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19196642>. Acesso em: Mar., 2014.

HUANG, E. S. The Association Between the Number of Prescription Medications and Incident Falls in a Multi-ethnic Population of Adult Type-2 Diabetes Patients: The Diabetes and Aging Study. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. 2, p. 141–6, 2010. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967465>. Acesso em: Mar., 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. Acesso em: Set., 2015.

KIRKWOOD, R. N. et al. Biomecânica da marcha em idosos caídores e não caídores: uma revisão da literatura. **R. bras. Ci e Mov.**, v. 14, n. 4, p. 103-110, 2006. Disponível: <http://www.gerontologiaonline.com.br/artigos/0082-010111-726.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

LAI, P. C. et al. Spatial analysis of falls in an urban community of Hong Kong. **International Journal of Health Geographics**, v. 8, n. 14, p. 1-14, 2009. Disponível: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-8-14.pdf>. Acesso em:

LEVEILLE, S. G. et al. Chronic Musculoskeletal Pain and the Occurrence of Falls in an Older Population. **JAMA**, v. 302, n. 20, p. 2214-21, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934422>. Acesso em: Mar., 2014.

LIMA, M. C. P. et al. Alcohol use and falls among the elderly in Metropolitan São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.

25, n. 12, p. 2603-11, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n3/aop024_09.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

LIMA, N. **Ambiente domiciliar como fator de risco para quedas de idosos** / Natália Peixoto Lima; Bernardo Lessa Horta, orientador; Janaína Vieira dos Santos Motta, coorientadora. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014. 85p.

LIRA, A. C. C.; PONTES, M. L. F.; QUEIROZ; R. B. et al. Caracterização de quedas em idosos. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, Ed.Supl., p. 176-183, 2011.

LOPES, R. A. et al. Quedas de idosos em uma clínica-escola: prevalência e fatores associados. **ConScientiae Saúde**, vol. 9, n. 3, p. 381-388, 2010.

LOPES, K. T.; COSTA, D.F.; SANTOS, L. F.; CASTRO, D.P.; BASTONE, A.C. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev Bras Fisioter**, v.13, n. 3, p. 223-9, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n3/aop024_09.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

LUJAN YEANNES, M. Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas / Risk factors present and involved in geriatric falls in the home **Rev. bras. geriatr. gerontol**; v. 9, n. 1, p. 21-36, abr. 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Rev. Acta Scientiarum**, v. 26, n. 1, p. 135-45, Jan-Jun 2004.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.

LUZARDO, A. R.; PEREIRA, M. F.; PEREIRA, J. Modelo de Gestão do Cuidado em Atenção Primária: reflexões sobre determinantes sociais da saúde do idoso. In: PEREIRA, Maurício Fernandes et al. (Org.). **Contribuições para a gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. p. 13 – 28. (Coleção Gestão da Saúde Pública, v. 10).

MACIEL, A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 554-57, 2010,. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/317/303>. Acesso em: Mar., 2014.

MACHADO, T. R.; OLIVEIRA, C. J.; COSTA, F. B. C.; ARAUJO, T. L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v. 11, n. 1, p. 32-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>. Acesso em: Mar., 2014.

MAIAL, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-93, 2011.

MALLMANN, D. G.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTOS, S. S. C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 517-27, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a12>. Acesso em: 27 abr., 2015.

MANRIQUE-ESPINOZA, B. et al. Prevalência de dependência funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 53, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002560>. Acesso em: Mar., 2014.

MARIN, M. J. S. et al. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de saúde da família. *Reme: Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 369-374, 2007.

MENDES, T. A. B; VALSECCHI, V. L. A. Armadilhas do espaço urbano. **Einstein.**, v. 5, n. 2, p. 99-104, 2007. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/388-Einstein5-2_Online_AO388_pg99-104.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENESES, S. R. F.; BURKE, T. N.; MARQUES, A. P. Equilíbrio, controle postural e força muscular em idosas osteoporóticas com e sem quedas. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 26-31, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n1/06.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2224/GM, de 5 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde [on-line]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>. Acesso em: Mar., 2014.

MINAYO, M. C. S. O. envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso:** Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAIS, H. C. C. et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 117–124, 2012.

MOREIRA, M. D; COSTA, A. R.; FELIPE, L. R.; CALDAS, C. P. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 311-7, 2007.

MOTTA, B. L. et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-91, 2010.

MUJDECI, B.; AKSOY, S.; ATAS, A. Avaliação do equilíbrio em idosos que sofrem queda e aqueles que não sofrem quedas. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 104-9, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v78n5/v78n5a16.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

NARCISO, F. V. et al. Altura percentual do centro de gravidade em idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 4, p. 302-307, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n4/12.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

NASCIMENTO, B. N. et al. Risco para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 95-99, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a004.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 723-30, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a19.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

PADOIN, P. G. et al. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/158a164.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

PAULA JUNIOR, N. F. **Estado da arte do evento quedas em idosos: uma revisão integrativa de literatura/** Newton Ferreira de Paula Junior; orientador, Silvia Maria Azevedo dos Santos. Dissertação (mestrado) — Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2014. 222p.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cad. de Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 535-46, 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n3/a11v29n3.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

PERRACINI, M. R. et al. Fall-related factors among less and more active older out patients. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 166-72, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n2/aop007_12sci1220.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 6-10, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n1/02.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n2/a08v46n2.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

PIOVESAN, A. C.; PIVETTA, H. M. F.; PEIXOTO, J. M. B. Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 75-83, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a09v14n1.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

PLUIJM, S. M. F et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. **Osteoporos Int**, v. 17, p. 417–425, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16416256>. Acesso em: Mar., 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre, Artmed, 2011.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. Falls in elderly Brazilians and the relationship to medication: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2223–35, 2012.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-73, 2008.

RICCI, N. A.; GONÇALVES, D. F. F.; COIMBRA, I. B.; COIMBRA, A. M. V. Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.898-909, 2010.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 690-96, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a06.pdf>. Acesso em 27 abr., 2015.

RODRIGUES, I. G.; RUSCALLEDA, R. M.I. Satisfação com a vida e senso de autoeficácia para quedas em idosos. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 413-417, 2009.

RODRIGUES, N. O.; NERI, L. A. Vulnerabilidade social, individual e programática em Idosos da Comunidade: Dados do Estudo Fibra, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-39, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2015.

ROSA, T. S. M. et al. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 59-69, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2013.

SANTOS, G. M. et al. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 95-101, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt_a03v15n2.pdf. Acesso em: Mar., 2014.

SANTOS, S. S. C. et al. Risk of falls in the elderly: an integrative review based on the North American Nursing Diagnosis Association. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1227-36, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SES/SC, 2014. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 28/12/2014.

SHUMWAY-COOK, A. et al. Falls in the Medicare Population: Incidence, Associated Factors, and Impact on Health Care. **Phys Ther.**, v. 89, n. 4, p. 324-32, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19228831>. Acesso em: Mar., 2014.

SILVA, R. B. et al. Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 496-502, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/05.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

SILVA, T. O. et al. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-8, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

SILVA, E. C.; DUARTE, N. B.; ARANTES, P. M. M. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.1, p. 23-30, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12231>. Acesso em: Mar., 2014.

SILVA, A. et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2181-90, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/28.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.

5, p. 749-56, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

_____. et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.
SBGG. **Quedas em Idosos**: Prevenção - Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

SUELVES, J. M. Lesiones por caídas y factores asociados em personas mayores de Cataluña, España. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 27, n. 1, p. 37-42, 2010. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/06.pdf>. Acesso em: Mar., 2014.

TEIXEIRA, A. R. et al. Associação entre tonturas, quedas e teste do alcance funcional em idosos da comunidade. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, p. 461-472, 2011. Disponível em:
<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17929>. Acesso em: Mar., 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação. 1 ed. - 22. reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

VACCARI, E. **O evento queda em idosos hospitalizados** / Élide Vaccari. Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt
Coorientadora: Enfermeira Dra. Mariluci Hautsch Willig Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013. 137p.

VAUGHAN, C.P. et al. The association of nocturia with incident falls in an elderly community-dwelling cohort. **Int J Clin Pract.**; v. 64, n. 5, p. 577-583, 2010. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20456212>. Acesso em: Mar., 2014.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de

Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 370-8, 2013.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In Gastão Wagner de Souza Campos..(et al.) (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. WHO. **World Report on Disability**. The World Bank, 2011.
BRASIL. Lei nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2014.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



Convidamos o (a) senhor (a) a participar da Pesquisa desenvolvida por profissionais que fazem parte do Grupo de Estudos de Saúde da Pessoa Idosa (GESPI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A proposta intitulada *Quedas em idosos: conhecendo motivos e desfechos em serviços de alta complexidade* tem como **objetivo geral**: - *Averiguar em prontuários os motivos e os desfechos das quedas em idosos atendidos em um serviço de alta complexidade de Florianópolis, no período de 2009 a 2013 e junto a idosos internados no período de maio a agosto de 2014.* Além disso, apresenta os **objetivos específicos** de:

- *Determinar os fatores preditores das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013;*
- *Identificar e analisar desfechos primários, secundários e finais das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013;*
- *Conhecer como os idosos internados em um serviço de alta complexidade, no período de maio a agosto de 2014, significam o evento quedas, seus motivos e desfechos.*

Será mantido o sigilo das identidades e das informações, as quais serão divulgadas somente para fins científicos. Firmamos o compromisso com o respeito aos princípios éticos relacionados na Resolução 466/12 acerca da autonomia, da não maleficência, da beneficência, da justiça e da equidade. Os riscos apresentados pela pesquisa dizem respeito ao possível desconforto causado pela entrevista em ambiente hospitalar, a qual se procurará minimizar com a criação de ambiência que preserve a pessoa idosa e seu cuidador. Os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se ao conhecimento da realidade

local e regional sobre os motivos e os desfechos das quedas e as possibilidades de recomendações que poderão surgir, contribuindo para novas ações em saúde. Gostaríamos de deixar claro que o (a) senhor (a) terá a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Poderá ter acesso às transcrições das entrevistas e das suas análises, podendo autorizar ou não a sua divulgação.

Assim, solicitamos também sua autorização em relação a entrevista ser gravada e transcrita, podendo ser utilizada integralmente, desde a presente data, ficando vinculado o controle às pesquisadoras responsáveis. As entrevistas serão desgravadas e o material transcrito será inutilizado após cinco anos. O presente Termo terá duas vias devidamente assinadas e rubricadas em todas as páginas, uma via ficará com a pesquisadora principal e a outra com o (a) participante da pesquisa.

Pesquisadora Principal:

Prof. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Eu, _____,
fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____

RG ou CPF: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2014.

Informações adicionais e esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos junto às Pesquisadoras Responsáveis ou no CEP (UFSC):

- **Silvia Maria Azevedo dos Santos** (Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC);

- **Adriana Remião Luzardo** (Enfermeira inscrita no COREN/SC 110470). Endereço: Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900. E-mail: luzardoar@ig.com.br Telefone: (48) 91047751/ 30241827.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o - **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina**” no Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis/SC ou pelo fone (48) 3719206 das 07 às 19 horas.

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Título do Projeto

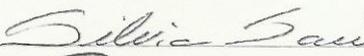
Registro no CEP

QUEDAS EM IDOSOS: CONHECENDO MOTIVOS E DESFECHOS EM UM SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE	
--	--

Os pesquisadores deste projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados em prontuários do Hospital Governador Celso Ramos.

Concordam que essas informações serão utilizadas exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Florianópolis/SC, 12 de FEVEREIRO de 2014.

NOME DAS PESQUISADORAS	ASSINATURA
Silvia Maria Azevedo dos Santos	
Adriana Remião Luzardo	

Dra. Silvia M. A. dos Santos
 Prof.ª Depart.º Enf. UFSC
 COREN/SC 17.734

Adriana Remião Luzardo
 Enfermeira
 COREN 110470

Informações adicionais e esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos junto às Pesquisadoras Responsáveis: - Silvia Maria Azevedo dos Santos (Doutora, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC); - Adriana Remião Luzardo (Enfermeira inscrita no COREN/SC 110470). Endereço: Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Universitário - CEP. 88.040-900. E-mail: luzardoar@ig.com.br Telefone: (48) 9104775.

APÊNDICE C - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TCLE PARA
ACESSO DE PRONTUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



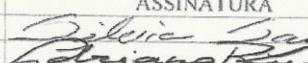
O referido estudo está sendo desenvolvido por profissionais que fazem parte do Grupo de Estudos de Saúde da Pessoa Idosa (GESPI), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de um estudo de levantamento de registros em prontuários, intitulado *Quedas em idosos: conhecendo motivos e desfechos em um serviço de alta complexidade*, que tem como objetivo geral: - *Averiguar em prontuários os motivos e os desfechos das quedas em idosos atendidos em um serviço de alta complexidade de Florianópolis, no período de 2009 a 2013 e junto a idosos internados no período de maio a agosto de 2014.* Apresenta os objetivos específicos de:

- *Determinar os fatores preditores das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013;*
- *Identificar e analisar desfechos primários, secundários e finais das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013;*
- *Conhecer como os idosos internados em um serviço de alta complexidade, no período de maio a agosto de 2014, significam o evento quedas, seus motivos e desfechos.*

Os critérios de inclusão serão: prontuários de pessoas com 60 anos e mais, internadas nos serviços hospitalares no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, com motivo da internação e diagnóstico inicial pela CID-10. Estima-se que sejam consultados 258 prontuários, tendo como base a média de internações na instituição e a prevalência de quedas.

De acordo com a Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicita-se dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para acesso aos prontuários de idosos internados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, por tratar-se de uma pesquisa retrospectiva com uso de registros, dos quais se acredita que muitos sujeitos já vieram a óbito; além da difícil localização de familiares, bem como a localização correta de endereço e telefone.

NOME DAS PESQUISADORAS	ASSINATURA
Silvia Maria Azevedo dos Santos	
Adriana Remião Luzardo	

Dra. Silvia M. A. dos Santos
Prof. Depart. Enf. UFSC
COREN/SC 17.734

Informações adicionais e esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidas junto às Pesquisadoras Responsáveis: - Silvia Maria Azevedo dos Santos (Doutora, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC). Telefone: (48) 3721-4998/9480; - Adriana Remião Luzardo (Enfermeira inscrita no COREN/SC 110470). Endereço: Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900. E-mail: luzardour@ig.com.br Telefone: (48) 9104775.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO GUIA PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO

Registro N°: _____ **Data Nascimento:** _____

VARIÁVEIS	
1. MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	Lista Códigos Municípios: _____ (99) Não se aplica
2. SERVIÇO DE REFERENCIAMENTO	2.1 TIPOS DE SERVIÇOS (1) Serviços de Atenção Primária: Unidades Básicas e Centros de Saúde (2) Serviços de Atenção Secundária: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Policlínicas e Centros de Referência e Especialidades. (3) Serviços de Atenção Terciária: serviços ambulatoriais e serviços hospitalares (4) Secretaria Municipal de Saúde (5) Secretaria de Estado da Saúde (99) Não se aplica 2.2 IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL: _____
3. SEXO	(1) Masculino (2) Feminino
4. IDADE	Anos completos: _____ (99) Não se aplica

5. RAÇA/ETNIA	<ul style="list-style-type: none"> (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (99) Não se aplica
6. MOTIVO DO ATENDIMENTO	<p>Lista de Ocorrências: _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
7. DIAGNÓSTICO INICIAL (EMERGÊNCIA)	<p>Lista de Códigos (CID-10): _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
8. DIAGNÓSTICO FINAL (INTERNAÇÃO)	<p>Lista de Códigos (CID-10): _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
9. QUEDA	<p>9.1 NÚMERO DE QUEDA AO ANO</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Nº: _____ (2) Nº: _____ (3) Nº: _____ (4) Nº: _____ (5) Nº: _____ (99) Não se aplica <p>9.2 DATA DA QUEDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Data: _____ (2) Data: _____ (3) Data: _____ (4) Data: _____ (5) Data: _____ (99) Não se aplica
10. CARACTERÍSTICA DA QUEDA	<ul style="list-style-type: none"> (1) Queda do mesmo nível s/especificação (2) Queda p/escorregão/tropeção (3) Queda de um leito (4) Queda de uma cadeira (5) Queda de em escada ou degrau (6) Queda em escada de mão (99) Não se aplica

11. USO DE MEDICAMENTOS ANTES DA QUEDA	11.1 MEDICAMENTOS ANTERIORES (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 11.2 Grupos Medicamentos ANVISA: _____
12. COMORBIDADES	12.1 COMORBIDADES ANTERIOR A QUEDA (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 12.2 QUAIS: _____
13. LESÃO	13.1 PRESENÇA DE LESÃO (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 13.2 Lista de Códigos (CID-10): _____
14. TRAUMA	14.1 PRESENÇA DE TRAUMA (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 14.2 Lista de Códigos (CID-10): _____
15. FRATURA	15.1 PRESENÇA DE FRATURA (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 15.2 Lista de Códigos (CID-10): _____
16. CIRURGIA	16.1 TIPO DE CIRURGIA (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica 16.2 Lista SIA/SUS: _____

17. INFECÇÃO HOSPITALAR	<p>17.1 PRESENÇA DE INFECÇÃO HOSPITALAR</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p> <p>17.2 Manual ANVISA: _____</p>
18. USO DE MEDICAMENTOS APÓS A QUEDA	<p>18.1 MEDICAMENTOS APÓS QUEDA</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p> <p>18.2 Grupos Medicamentos ANVISA__</p>
19. IMOBILIDADE	<p>(1) Membro Superior D</p> <p>(2) Membro Superior E</p> <p>(3) Membro Inferior D</p> <p>(4) Membro Inferior E</p> <p>(99) Não se aplica</p>
20. REABILITAÇÃO	<p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p>
21. ÓBITO	<p>21.1 OCORRÊNCIA DE ÓBITO</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p> <p>21.2 CAUSA DO ÓBITO</p> <p>Lista de Códigos (CID-10): _____</p> <p>21.3 DATA DO ÓBITO: _____</p>
22. TEMPO DE INTERNAÇÃO	<p>Em dias: _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
23. REINTERNAÇÃO	<p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p>

24. MOTIVO DA REINTERNAÇÃO	<p>Lista de Ocorrência:</p> <p>1ª Reinternação: _____</p> <p>2ª Reinternação: _____</p> <p>3ª Reinternação: _____</p> <p>4ª Reinternação: _____</p> <p>5ª Reinternação: _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
25. DIAGNÓSTICO INICIAL DE CADA REINTERNAÇÃO – EMERGÊNCIA	<p>Lista de Códigos (CID-10): _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
26. DIAGNÓSTICO FINAL DE CADA REINTERNAÇÃO (CID-10)	<p>Lista de Códigos (CID-10): _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
27. CONDIÇÃO DE ALTA	<p>(1) Para o domicílio</p> <p>(2) Para ILPI</p> <p>(3) Transferência Hospitalar</p> <p>(4) Óbito</p>

APÊNDICE E – INSTRUMENTO GUIA PARA ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome do idoso: _____

Data de nascimento: _____

Ocupação: _____

Nome do cuidador: _____

Grau de Parentesco/ relação com o idoso _____

Ocupação do cuidador: _____

1. O Sr. (a) pode relatar como foi o momento da queda?
2. Como foi para o Sr. (a) essa situação da queda?
3. O que o Sr. (a) poderia relatar em relação a sua vida antes e depois da queda?
4. O que Sr. (a) realizava de atividades rotineiras antes da queda?
5. Qual sua expectativa em relação a realizar as atividades rotineiras após a queda?
6. O Sr. (a) poderia ter feito algo para prevenir essa queda?
7. O que poderia ter feito?
8. Por que Sr. (a) caiu?
9. O Sr. (a) reconhece algo que tenha provocado essa queda?
10. Consegue apontar um motivo?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEPESH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 748/950

saúde e enfermagem, políticas públicas e ações assistenciais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Averiguar em prontuários os motivos e os desfechos das quedas em idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013 e junto a idosos internados no período de maio a agosto de 2014.

Objetivo Secundário:

Determinar os fatores preditores das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013; Identificar e analisar desfechos primários, secundários e finais das quedas registrados em prontuários de idosos atendidos em um serviço de alta complexidade da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013; Conhecer como os idosos internados

em um serviço de alta complexidade, no período de maio a agosto de 2014, significam o evento quedas, seus motivos e desfechos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, "...essa pesquisa pode apresentar risco ao participante na forma de desconforto causado pela entrevista na própria unidade de internação, que se procurará melhorar criando um ambiente mais calmo, tranquilo e que não exponha a pessoa e seu cuidador. A pesquisa trará o benefício de provocar reflexão sobre o cuidado à saúde de pessoas idosas que sofreram quedas e principalmente quanto à prevenção de novas quedas. Também trará o benefício ao chamar atenção dos gestores em saúde sobre a importância desse problema para a realidade local e regional sobre os motivos e as consequências das quedas na vida das pessoas, o custo emocional para as famílias, além do custo financeiro."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo, é observacional exploratório e descritivo, que utilizará a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa, cuja coleta de dados se dará no Hospital Celso Ramos em Florianópolis. Na etapa quantitativa serão incluídos registros em prontuários de pessoas com 60 anos e mais que foram atendidas no serviço hospitalar da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013, que apresentarem registro com definição do Diagnóstico Inicial, a partir da listagem dos motivos de ocorrência e/ou pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Também através do registros em prontuários de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer 748/950

peçoas com 60 anos e mais que foram atendidas no serviço hospitalar da Grande Florianópolis, no período de 2009 a 2013, cujo motivo tenha sido por queda. O tamanho dessa amostra é estimada em cerca de 273. Na etapa qualitativa serão incluídas: - Pessoas com 60 anos e mais que estiverem internadas por motivo de queda no período de maio a agosto de 2014, que aceitem responder a entrevista e assinarem o TCLE; - Cuidadores de idosos internados por motivo de queda no período de maio a agosto de 2014, que aceitem responder a entrevista e assinarem o TCLE, na situação de impossibilidade da pessoa idosa.

Serão excluídos na etapa quantitativa os registros em prontuários que não estiverem dentro do período temporal de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, bem como aqueles que não indicarem os motivos do atendimento e o CID. Na etapa qualitativa serão excluídos aqueles sujeitos que não tiverem condições de responder a entrevista e que não estiverem acompanhados de cuidador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos exigidos pelo sistema CEP-CONEP estão presentes e estão adequados, e a documentação apresentada inclui também uma justificativa para a dispensa da obtenção do TCLE para os dados obtidos do prontuário. Com base nas informações prestadas e argumentos usados, somos de parecer que seja aceita a justificativa. O TCLE nesta versão está adequado.

Recomendações:

Nenhuma recomendação é necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos pela aprovação do presente estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 748.950

FLORIANOPOLIS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/HGCR



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº	2014/00017
DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	DATA: 25/08/2014
PARA PESQUISADORES: Sílvia Maria Azevedo dos santos e Adriana Remião Luzardo	
ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO	
PROJETO: “Quedas e, idosos: conhecendo motivos e desfechos em um serviço de alta complexidade.”	

PARECER: O projeto de pesquisa é um qualitativo e qualitativo. Será realizado uma coleta de dados no período de maio e agosto de 2014, além da busca de dados de prontuários de idosos que estiveram internados no Hospital Governador Celso Ramos no período de janeiro de 2009 à dezembro de 2013. **Do critérios de inclusão e exclusão:** bem definidos. **Do TCLE,** de acordo com a Res. CNS 466/12. **Folha de rosto:** de acordo com a Res. CNS466/12. **Da Justificativa,** Embasados em literatura, os pesquisadores justificam de maneira pertinente a realização do estudo. **Das referências:** Adequadas. **Do conflito de interesse:** não há conflito de interesses. **Do orçamento,** Descrito adequadamente. **Do curriculum vitae,** Anexado **Do cronograma,** Descrito adequadamente.

Parte conclusiva: Diante do exposto somos de parecer que o projeto enquadra-se no disposto do item X.3 b da Res. n.º 466 de 12 de outubro de 2012 (e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990) como **APROVADO.**

CARLA PAULI
Coordenadora do CEP/HGCR

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis