

O olhar e o sentir do idoso no pós-queda*

Elderly feelings and perspectives after falling

Emmanuella Maussara Rocha de Carvalho¹
Juliana Rosa Garcês¹
Ruth Losada de Menezes²
Elisângela Cristiane Fontoura da Silva³

Resumo

A queda de idosos é um problema de relevância para a saúde pública no que diz respeito aos desfechos que esse incidente pode desencadear. Sendo assim, esta pesquisa se propôs a uma melhor compreensão, sob a ótica do idoso, do que se passa após esse incidente. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa realizado com idosos internados em um hospital de urgências de Goiânia (GO) devido às consequências da queda. A amostra constituiu-se de 12 entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. A análise das informações seguiu os seguintes passos metodológicos: entrevistas e gravações simultâneas, anotações em diários de campo, transcrição das entrevistas, leitura analítica, classificação em categorias e análise final. Os resultados estão apresentados em quatro categorias analíticas, sendo: “quedas recorrentes e suas repercussões no envelhecer”, “limitações funcionais prévias às quedas”, “expectativa de recuperação baseada na fé espiritual” e o “medo da dependência física”. Percebe-se que, entre os idosos investigados, existe um processo de passividade em aceitar o envelhecer e que a queda poderá causar diminuição da capacidade funcional e da autoestima. Tornam-se necessários, portanto, programas de prevenção a quedas e incentivo ao envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas. Saúde Pública. Pesquisa Qualitativa. Goiânia (GO). Idoso. Hospitalização.

Abstract

Falling among elderly people is a relevant public health problem due to the outcomes of this incident. So this research proposed to reach a better understanding, under the elderly perspective, of what takes place after this incident. This qualitative study was conducted with hospitalized post-falling

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Curso de Fisioterapia. Goiânia, GO, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Goiânia, GO, Brasil.

³ Hospital de Urgências de Goiânia. Psicologia. Goiânia, GO, Brasil.

* Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, apresentado ao Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás).

elders in an emergency hospital in the city of Goiânia (GO). The sample comprised semi-structured interviews that were recorded and transcribed. The analysis of the information followed the subsequent methodological steps: interview and simultaneous record, notes on camp diary, interview transcription, analytic reading, classification into categories and final analysis. The results are presented in four analytic categories as follows: “repeated falls and their impact on the aging process”, “functional limitations previous to the falls”, “recovery expectation based on the spiritual faith” and “fear of physical dependence”. It is noticed among the elderly studied that there is a passiveness course in accepting the aging process and that falls can cause a decrease of their functional ability and self-esteem. Therefore, it is necessary to promote falling prevention programs and to support active aging.

Key words: Accidental Falls. Public Health. Qualitative Research. Goiânia (GO) City. Elderly. Hospitalization.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida está relacionado aos avanços científicos e tecnológicos das ciências da saúde, o que tem provocado um gradativo processo de envelhecimento populacional.¹ A população acima de 60 anos de idade no Brasil vem crescendo de forma mais acentuada quando comparada ao restante da população, significando aumento no número de idosos.² Chegar à velhice é uma realidade populacional, mesmo nos países mais pobres, e envelhecer não é mais privilégio de poucos.³

Tal fenômeno é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que modificam gradativamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas.⁴ Desta forma, o processo de envelhecimento vem acompanhado por problemas de saúde físicos e mentais, provocados frequentemente por doenças crônicas e quedas.⁵

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte⁴ e é definida como o deslocamento não intencional de um corpo da posição inicial para um nível inferior.⁶

Esse evento, associado às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, faz com que o idoso não se sinta tão seguro em relação aos seus movimentos e, conseqüentemente, modifique sua marcha, o que muitas vezes leva à imobilidade.²

Com o crescente número da população de idosos no Brasil, tem surgido uma reflexão no que diz respeito aos eventos incapacitantes nessa faixa etária, dentre os quais sobressaem a ocorrência de quedas e o temor gerado devido às suas conseqüências, que incluem possíveis fraturas, risco de morte, restrição de atividades, declínio na saúde, aumento do risco de institucionalização e medo de cair.⁷

Após a queda, portanto, o idoso torna-se mais propício à baixa autoconfiança em realizar suas atividades, seja por medo de novos episódios de queda ou devido a outros fatores físicos, psicológicos ou sociais. Pode ocorrer, ainda, um comprometimento progressivo da capacidade funcional desse idoso ao longo do tempo, o que pode torná-lo mais propenso a quedas recorrentes.⁸

As alterações psicológicas que surgem após a queda se mostram problemáticas e incapacitantes por se relacionarem ao déficit da capacidade funcional. Levam, assim, à disfunção do equilíbrio, depressão, alterações no controle postural, ansiedade e diminuição do convívio social.⁹

Esta pesquisa realizou-se com o intuito de identificar os fatores que levam à marginalização e conhecer as perspectivas do pós-queda do indivíduo idoso. Teve como objetivos conhecer as situações que levaram à queda, bem como as expectativas do idoso após esse evento, e identificar as repercussões psicológicas no pós-

queda, para facilitar, assim, possíveis trabalhos que venham abordar medidas de prevenção ou até mesmo de tratamento multiprofissional em relação à queda de idosos.

Faz-se necessário um atendimento individualizado a esses pacientes, de acordo com as repercussões físicas e psicológicas que a queda traz para cada um. Sendo assim, este trabalho se propôs a uma melhor compreensão do que se passa com esta população após a queda, além de estreitar as relações entre a equipe de saúde e o idoso fragilizado, pela possível dependência que a queda lhe impõe.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo qualitativa, exploratória e descritiva, que teve como intuito desvelar os sentimentos específicos que norteiam o idoso hospitalizado no pós-queda.

A pesquisa qualitativa é a investigação que visa ao estudo de aspectos específicos, particulares, desenvolvido em grupos também específicos. Sua abordagem, de acordo com Campana et al.,¹⁰ é bastante ampla e busca saber como as pessoas veem e como se sentem quando confrontadas com as situações estudadas. Desta forma, a metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões éticas, principalmente devido à proximidade entre pesquisador e pesquisados.¹¹

Este estudo procura compreender o indivíduo em relação a seus sentimentos no enfrentamento do pós-queda. Foi realizado no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e teve como critérios de inclusão idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, alfabetizados, ali hospitalizados por consequência de queda, sendo atendidos pela equipe multidisciplinar de geriatria dessa instituição. O uso do grupo vulnerável dos pacientes idosos foi necessário devido ao objetivo a que o trabalho se propôs.

Coube como critérios de exclusão pacientes com idade igual ou superior a 60 anos que não fossem alfabetizados, que não estivessem sob

cuidados da equipe multidisciplinar de geriatria, os que se recusassem a participar da pesquisa, os que apresentassem déficit cognitivo que os impossibilitasse de participar da entrevista e compreender as ordens verbais e/ou os que apresentassem déficits auditivos limitantes e não compensados por amplitude sonora. Não foram utilizados os seguintes grupos vulneráveis: crianças, índios, presidiários, militares e pessoas com necessidades especiais.

Foram colhidos depoimentos dos participantes, sendo norteadoras as seguintes questões: (1) Como o senhor(a) se sente hoje em relação à queda? (2) Como o(a) senhor(a) acha que será sua vida após esta queda?

A pesquisa foi desenvolvida mediante entrevistas nas dependências do HUGO onde o paciente estivesse recebendo atendimento e nos horários compatíveis com a rotina do serviço. As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos participantes após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, a exigência da alfabetização como critério de inclusão tornou-se indispensável. O projeto desta pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa do HUGO, tendo sido aprovado.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos meses de janeiro a maio de 2009, com tempo médio de duração de 30 minutos cada encontro. Após a coleta, transcreveu-se a fala dos entrevistados na íntegra, sendo os nomes dos participantes substituídos por nomes de pedras preciosas. Manteve-se, desta maneira, o anonimato dos pacientes, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹²

As 12 entrevistas foram estudadas segundo a orientação metodológica de Minayo,¹³ assim proposta: transcrição e leitura das informações, ordenamento dos dados e análise final.

Esta pesquisa recebeu parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, sob número de protocolo CAAE - 0002.0.171.000-09.

ANÁLISE DO DISCURSO

Mediante transcrição das entrevistas e sua leitura exaustiva, bem como das anotações em diário de campo, foram construídas quatro categorias para o significado do pós-queda para o idoso hospitalizado: “quedas recorrentes e suas repercussões no envelhecer”, “limitações funcionais prévias às quedas”, “expectativa de recuperação baseada na fé espiritual” e “medo da dependência física”.

Quedas recorrentes e suas repercussões no envelhecer

Nesta categoria foram agrupados os depoimentos que se referiram a quedas anteriores e nos quais foi possível observar o conformismo dos entrevistados diante da fragilidade que a queda e sua recorrência lhes impuseram. Foram revelados sentimentos de aceitação.

“Doeu demais da conta, sabe? A dor foi horrível, foi mais do que quando eu quebrei esse braço daqui. Depois desse primeiro tombo eu só levantava com a muletinha, sabe? Devagarzinho. Mas agora com essa queda, né... (Silêncio). Eu quero ver se não vou precisar de usar outra bengala, que aí pra mim já tá bom.” (Esmeralda)

“Arrumava a casa, fazia meu servicinho caseiro, sabe? Tudinho. E andava até. Eu ia na feira, ia no supermercado, comprava as coisas sozinha, empurrava o carrinho e tudo. Eu tinha uma vida feliz, mesmo depois de ter caído, eu era feliz!” (Jade)

Com o envelhecer, torna-se mais presente a proximidade com a morte, o que leva o indivíduo idoso a se conformar com as patologias decorrentes da idade e, conseqüentemente, a deixar de procurar uma vida mais produtiva e saudável. Ele assimila a ideia de negatividade e improdutividade com sua condição de vida; assim, vivenciar a velhice de forma frágil e incapacitante não é tão agressivo para a vida deste indivíduo e as quedas são assimiladas como parte do processo de envelhecer.

Podem ser observadas, nos discursos que se seguem, as repercussões de episódios anteriores de queda.

“Ah, minha filha, eu já sofri outras quedas antes, sabe, mas grande mesmo foi só essa. Eu nunca tinha machucado não; agora eu assustei, porque o negócio foi feio. Pra machucar desse jeito foi a primeira; porque antes tava dando pra levar, sabe? Mas com essa eu assustei.” (Ametista)

“Eu já tô acostumada com isso, já é outra, né? Essa é a segunda. A gente tem que dar a volta por cima porque isso é da idade. Na minha idade cair desse jeito já é normal, é da idade, minha filha.” (Safira)

“Eu tenho cinco anos que eu tô andando com uma bengala de queda também. Da outra vez quebrou o fêmur, a bacia e o braço, aí eu ando com a bengala. Depois dessa primeira queda, os meninos não deixou eu operar. Essa já é a segunda queda grande, mas queda pequena já teve um monte. Deve ser por isso que eu tô com a bengala, né?” (Jade)

Para Sanglard et al.,² história de queda no ano anterior é uma das variáveis mais importantes para a previsão de quedas futuras, corroborando o fato de que é necessário evitar a primeira queda. Perracini & Ramos⁷ afirmam que cerca de 30% dos idosos em países ocidentais sofrem queda ao menos uma vez ao ano e aproximadamente metade sofre duas ou mais.

A prevalência de quedas recorrentes entre os idosos é de cerca de 15%, sendo um fator de risco de grande peso que predispõe o idoso a novas quedas,¹⁴ uma vez que as conseqüências podem incapacitá-lo fisicamente. Rose & Clark¹⁵ relatam que as quedas recorrentes podem ainda desencadear o medo aumentado de cair novamente, o que pode levar ao comprometimento da confiança em executar atividades do dia a dia.

As quedas representam uma importante preocupação para indivíduos idosos, pois podem acarretar lesões de gravidades variáveis.¹⁶ Dentre as conseqüências graves estão as fraturas, principalmente as do colo do fêmur. Cerca de 90% das fraturas da extremidade proximal do fêmur são secundárias a quedas, cuja etiologia é usualmente multifatorial, consistindo em uma combinação de comorbidades clínicas, neuropsíquicas, uso de drogas e fatores ambientais.¹⁷

As repercussões das fraturas nos idosos vão desde a limitação funcional, comorbidades e até mesmo a morte. Um a cada 15 idosos com fratura de quadril irá morrer durante a hospitalização e mais de 30% irão morrer no ano seguinte à fratura.¹⁸⁻²¹

A recorrência de quedas remete o idoso à ideia de “normalidade” frente ao episódio de cair. O indivíduo conforma-se com seu estado de velhice e limita-se a viver e conviver somente no espaço de casa, pois “ser velho” significa estar excluído de vários lugares sociais.²² Tais sentimentos não deveriam existir, já que atualmente há uma demanda de recursos que oferece ao idoso um envelhecimento saudável e feliz. Sendo assim, cabe aos profissionais da saúde conscientizar esses idosos de que a recorrência de quedas pode ser prevenida através de cuidados multidimensionais, evitando-se, desta forma, as repercussões negativas que esse incidente traz.

A queda, assim como sua recorrência, leva a um comprometimento da independência funcional, ou seja, da autonomia, gerando um quadro de vulnerabilidade que compromete até mesmo o aspecto emocional, uma vez que a maioria da população idosa se encontra frágil por sua condição de perdas, associada ao processo de envelhecer.

Responsável por perdas na autonomia e na independência, mesmo que por tempo limitado, a queda traz como consequências mais comuns as fraturas, a imobilidade, a restrição de atividades, o aumento do risco de institucionalização, o declínio da saúde, prejuízos psicológicos, como o medo de sofrer novas quedas, e também o risco de morte, além do aumento dos custos com os cuidados de saúde e prejuízos sociais relacionados à família.²³

Limitações funcionais prévias às quedas

Estão reunidos, nesta categoria, relatos de limitações existentes antes da queda que mostram fatores possivelmente relacionados a tal evento, como, por exemplo, doenças sensoriais (problemas visuais e auditivos), parestesia em membros inferiores e problemas osteomusculares.

A iminência de uma doença talvez ainda não diagnosticada pode acarretar a queda, indicando que há algo errado com a saúde do idoso e levando a alterações negativas na qualidade de vida desses pacientes.²⁴

“Eu não tô dando conta de fazer mais nada. A minha visão atrapalha um pouco, tá muito ruim. E pra piorar, esses dias eu tava dando muita tontura. E quando eu tô com essa tontura muito forte, eu tenho que ficar é mais deitada porque eu tenho medo de ficar andando e cair; por causa disso mesmo, de eu ficar sem segurança e cair. Porque eu já não tenho muita força pra firmar, né? Ai ajunta com a vista que não ajuda, aí escapole.” (Esmeralda)

“Agora deu pra adormecer os pés. Adormece até aqui. Não sinto nada deles, às vezes, e quando sinto, tão formigando. Vai subindo, sabe? É uma sensação ruim. Vem até aqui em cima e eu não sei o que fazer. Mas não deixo de fazer minhas coisinhas por causa disso, não. Depois vai melhorando e volta ao normal.” (Jade)

“Eu já tinha um problema na coluna, né? Ai, pra piorar, eu caí dessa altura toda. Nem sei como é que vai ficar a coluna depois disso, porque já doía tanto antes de eu cair, e agora então?...” (Rubi)

Limitações existentes antes da queda trazem por si só, para o idoso, alterações na sua qualidade de vida, e geram diversos impactos negativos no seu cotidiano, uma vez que impedem uma vida mais independente e ativa. Ele não percebe que tais limitações poderão gerar um mal maior em suas vidas, como, por exemplo, uma queda. Somente após a queda é que se dá conta de que poderia ter evitado tal problema.

No discurso abaixo, a idosa relata o uso de medicações para controle de doenças metabólicas, como o diabetes. Este pode ser também um fator de risco para quedas, uma vez que leva à maior frequência de micção, gerando noctúria, o que faz com que a paciente se levante mais vezes durante a noite. Isto muitas vezes ocorre porque essas drogas podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural,²⁴ gerando uma limitação funcional do indivíduo.

“Por causa que eu tomo um remédio que urina muito, né, por causa da diabete, né. Aí eu tava evitando levantar de noite pra ir ao banheiro, pra não cair. Aí dei pra urinar na beira da cama pra não andar, pra não ficar caminhando de noite.” (Esmeralda)

Outras complicações do diabetes mellitus estão relacionadas à redução da função de nervos periféricos e à visão prejudicada (em particular, sensibilidade ao contraste). Todas estas condições estão associadas ao aumento do risco para quedas em idosos diabéticos.²⁵

Para amenizar ou evitar fatores que possam acarretar futuras quedas de idosos, os profissionais de saúde devem orientar medidas que incluam otimização da interação social do indivíduo com o seu meio, envolvimento em atividades do cotidiano, segurança e bem-estar físico e psicológico. Esses fatores serão alcançados quando as limitações forem diagnosticadas antes de um episódio de queda, pois os problemas funcionais e psicossociais acentuam-se após tal evento, alterando negativamente a qualidade de vida; levam a uma diminuição na autoestima e autoconfiança e fazem com que o idoso perca o interesse em se manter ativo e se isole cada vez mais. Sendo assim, todas as iniciativas de promoção, assistência e reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizando a autonomia e a independência física e mental, excedendo um simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.³

Expectativa de recuperação baseada na fé espiritual

Neste subtema estão agrupados os depoimentos dos participantes que declararam a fé em Deus como expectativa de recuperação. A análise dos depoimentos demonstra que a espiritualidade é uma forma de enfrentamento e esperança diante de um futuro incerto após a queda. É o que pode se constatar nos discursos que se seguem:

“É Deus quem sabe minha filha. Não sei nem como é que vai ser, só Jesus! Só Jesus sabe o que vai ser [...] Não sei não, só Deus!” (Jade)

“Ah! É, e agora só Deus sabe, que eu mesmo não tô sabendo, né? Eu quero que ele vai me ajudar.” (Esmeralda)

“Tenho esperança que vai ficar tudo bem. Tenho fé em Deus que vai ficar tudo bem.” (Safira)

No discurso das idosas pesquisadas, transparece que a espiritualidade pode ser um facilitador na adaptação e enfrentamento das mudanças, perdas e limitações que surgem com o envelhecimento, além de ser um fator importante para as funções psicológicas e comportamentais. A pessoa idosa busca na fé em Deus a esperança de recuperação e manutenção de sua saúde física e mental.

A fé em Deus é um sentimento arraigado em nossa cultura e é tão necessária quanto são os outros modos de enfrentamento.²⁶ A certeza da presença de Deus ajuda os idosos a prosseguirem sua vida com mais perseverança.²⁷

Independentemente da crença religiosa do idoso, a espiritualidade está relacionada à expectativa de melhor qualidade de vida. A pessoa encontra na religião um conforto diante das adversidades que surgem com o envelhecimento. Desta maneira, a espiritualidade desempenha um papel positivo na saúde física, social e mental. Há vários indicadores de que a busca de um sentido para a vida, a presença da fé, a prática de virtudes e a crença na transcendência atenuam, com o avançar da idade, o impacto de novas formas de mal-estar contemporâneo vividas pelos idosos, assim como podem atuar como recurso para melhoria de condições de saúde e prolongamento da vida.²⁸

O medo da dependência física

Aqui foram enquadrados os discursos que deixaram transparecer o medo da dependência física após o trauma da queda. Na fala que se segue podemos observar tal sentimento:

“Ab! Muita coisa num dô conta mais. Eu sei que eu não vou dá conta mais de cozínbar, fazer uma sopinba pra mim; num dô conta mais, né? Eu ainda tava lavando umas minbas roupinba e o meu calcimento.”
(Esmeralda)

Ao cair, o idoso se sente mais fragilizado e tende a não se expor novamente ao risco de outra possível queda, o que, conseqüentemente, leva a uma diminuição do desempenho de suas atividades de vida diária (AVDs).²⁴

“Eu estava tomando banho direitinbo antes de cair, mas agora, né, tô achando que até quando eu voltar pra casa eu vou precisar de ajuda ainda debaixo do chuveiro. Ela me ajudava só quando eu ia lavar a cabeça, mas agora tô vendo que ela vai ter que me ajudar em tudo no banheiro. Já pensou se eu cair de novo? Ah não, isso não...!” (Esmeralda)

As dificuldades nas realizações das AVDs geram maior dependência funcional, acarretando conseqüências não só para a vida do indivíduo, mas também para toda a família, uma vez que esta se vê diante de situações que a levam a um maior cuidado na recuperação dele. Atitudes protetoras dos familiares e cuidadores acarretam impactos ainda maiores na vida do idoso e prejudicam também suas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), como realizar compras, preparar refeições e limpar a casa.²⁴

Os sentimentos de vulnerabilidade e insegurança estão presentes em qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, que seja dependente dos cuidados de terceiros; porém, quando se trata de indivíduos que se veem fragilizados diante do processo natural de envelhecer, tornar-se dependente é sinônimo de perda total da autonomia, uma vez que se encontram numa sociedade em que o “estar velho” representa isolamento social e restrição nas ações.

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida.²³ Sendo assim, o indivíduo idoso que se vê dependente de terceiros poderá fomentar repercussões emocionais, psicológicas e sociais negativas para si. Além do risco de danos causados à saúde física do idoso, a queda pode afetar

também a saúde psicológica, devido ao medo, à ansiedade, à insegurança e à dependência que podem decorrer dela,²⁹ como podemos observar nos relatos a seguir:

“E eu sinto muito revoltada porque eu tô aqui sofrendo, dando trabalho e sentindo dor e não sei, e preocupada com a cirurgia!” (Esmeralda)

“Assim, animada como eu era, não fica não por causa da idade e as duas quedas grandes que eu já tive, né? Mas eu ficando viva, tá bom, né, minba filha.” (Ametista)

Com a queda, o idoso se vê dependente, muitas vezes, de pessoas despreparadas a lidar com limitações e dependência, sejam familiares ou terceiros, que o agridem tanto física como verbalmente. Isso gera na pessoa idosa um sentimento de exclusão e rejeição e tendência ao isolamento. Para Meira, Gonçalves e Xavier,³⁰ neste relacionamento podem ser reveladas resistências que, por sua vez, poderão resultar em agressividade. No relato a seguir, podemos constatar tal afirmação:

“Ela é um pouco mais nova do que eu, mas é muito sem paciência com a gente. Ela não tem muita paciência não. Se a gente pedir ela um copo d’água, ela fala assim: ‘Dá pra você esperar um pouquinho?’ Assim que ela fala pra mim.” (Jade)

A limitação física gerada pela queda poderá levar os familiares do idoso a interná-lo numa instituição de longa permanência, por não saberem lidar com a situação de dependência surgida após o episódio. A internação do idoso numa instituição de longa permanência torna-se uma alternativa em certas situações: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados.³¹

Além das formas comuns de violência (física, social e psicológica), a família pode fazer uso do benefício financeiro pessoal do idoso.³² Ocorre, pois, desatenção às necessidades e aumento da vulnerabilidade deste indivíduo que se encontra desamparado dentro da sua própria família, a qual deveria ser sinônimo de carinho, amparo,

compreensão e amor. Um conjunto de complicações no âmbito familiar, como insuficiências materiais, psicológicas, afetivas, de saúde e outras ocorridas na relação com os idosos, tem levado a situações de negligência e potencial agressão.³³

A dependência física gera, portanto, um grande impacto para o idoso e sua família, e levará, conseqüentemente, ao surgimento de desafios que precisam ser superados por ambos. Desta forma, torna-se preciso que a família seja muito bem orientada pelos profissionais da saúde quanto à manutenção e recuperação da saúde destes indivíduos que se veem numa situação de limitação e dependência, muitas vezes sem nenhuma perspectiva de melhora da qualidade de vida. A compreensão, o amor e a paciência são os sentimentos que devem nortear a família afetada pelas repercussões no pós-queda em seus idosos.

Considerando as adversidades que aparecem com o envelhecimento, surge a necessidade de profissionais capacitados e especializados para atendê-las de forma sucinta e eficaz. Entretanto, a atenção para a questão gerontológica, despertada pelo crescimento dessa população, tem ocorrido sem um preparo adequado da sociedade como um todo.³³ Sendo assim, torna-se um desafio a capacitação de profissionais na área de gerontologia, que no Brasil ainda caminha a passos lentos. É de grande relevância este propósito, pois o tratamento impessoal e não especializado poderá contribuir para o aumento da fragilização, vulnerabilidade e isolamento da pessoa idosa.

É importante ressaltar que o profissional da saúde é responsável por denunciar em órgãos competentes, como o Conselho do Idoso, o Ministério Público e as delegacias de polícia, qualquer forma de violência contra o idoso.³⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, foi possível observar alguns dos vários sentimentos que norteam o idoso após a queda: o conformismo diante da fragilidade do envelhecer, a diminuição na autoconfiança, gerada por fatores que antecedem

a queda, a confirmação da baixa autoestima após o episódio e sua recorrência, a busca de um suporte emocional baseado na fé espiritual e o receio de depender do cuidado de terceiros.

A passividade em aceitar o envelhecer foi notória nos depoimentos analisados e verifica-se uma associação entre a vulnerabilidade do idoso – física psicológica e social – com seu comprometimento funcional. Diante disso, torna-se necessária a exigência de programas de prevenção a quedas, principalmente voltados a indivíduos idosos, fato importante para o direcionamento de atenção básica à saúde pública.

Alertar a família e a comunidade sobre os fatores de risco aos quais os idosos estão expostos é uma das estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, uma vez que cabe a estes o papel de atender de forma satisfatória e holística às necessidades daqueles que muito contribuiriam para a sociedade.

Sugere-se aos profissionais que lidam com esta população uma abordagem particular que englobe todos os aspectos do indivíduo no envelhecer, ou seja, não se restrinja à realização de exames e a receitar medicamentos, mas olhe essas pessoas em seus âmbitos psicológicos, emocionais e sociais, a fim de ajudá-las a encarar as dificuldades advindas da queda de uma forma saudável e condizente no que diz respeito à saúde e bem-estar.

Torna-se necessária, também, uma atuação multiprofissional mais humanizada, baseada na relação de respeito, amizade e compreensão entre profissional da saúde e o idoso. Apenas conhecendo melhor as necessidades, dúvidas e medos que norteam a população com a qual se trabalha, será possível estabelecer metas e trocar conhecimentos e experiências que nos auxiliem na busca pelo tratamento mais adequado ao indivíduo a ser cuidado.

São escassos os trabalhos que tratam a respeito de um tema tão complexo como os sentimentos do idoso após a queda. Portanto, fica a sugestão para futuras pesquisas baseadas neste tema, a fim de que a prática clínica seja aprimorada.

REFERÊNCIAS

1. Campos APM, Costa Junior AL. Avaliação de necessidades psicossociais de idosos: um estudo exploratório. *Psicologia Argumento* 2004 jan./jun; 22 (36): 19-24.
2. Sanglard RCF, et al. Instabilidade postural e queda em idosos. *Fitness & Performance Journal* 2004; 3 (3):149-56.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (3): 548-54.
4. Mazo GZ, et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista brasileira de fisioterapia* 2007 nov./dez; 11 (6): 437-42.
5. Ribeiro AP et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13 (4): 1265-73.
6. Studensk S, Wolter L. Instabilidade e quedas. In: Duthie EH, Katz PR, organizadores. *Geriatria prática*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 193-200.
7. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (6): 709-16.
8. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. *Revista de Enfermagem UERJ* 2006 dez.; 14 (4): 531-7.
9. Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. *Arq Bras Med* 1994 jan./fev; 68 (1): 9-12.
10. Campana AO, et al. *Investigação científica na área médica*. 1.ed. São Paulo: Manole; 2001.144 p.
11. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa* 2004 mai./ago; 30 (2): 289-300.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
14. Moreland J, et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology* 2003; 49(2): 93-116.
15. Rose DJ, Clark S. Can the control of bodily orientation be significantly improved in a group of older adults with a history of falls. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(3): 275-82.
16. Soares AV, et al. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. *Fisioterapia Brasil* 2003 jan./fev; 4 (1):13-7.
17. Cunha U, Veado MAC. Fratura da extremidade proximal do colo do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. *Revista brasileira de ortopedia* 2006; 41(6): 195-9.
18. Szulc P, et al. Structural determinants of hip fracture in elderly women: re-analysis of the data from the EPIDOS study. *Osteoporos Int* 2005; 17(2): 231-6.
19. Jiang HX, et al. Development and initial validation of a risk score for predicting in-hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures. *J Bone Miner Res* 2005; 20(3): 494-500.
20. Freiberger E, Menz HB. Characteristics of falls in physically active community-dwelling older people: findings from the "Standfest im Alter" study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2006; 39(4): 261-7.
21. Arnold CM, Faulkner RA. The history of falls and the association of the timed up and go test to falls and near-falls in older adults with hip osteoarthritis. *BMC Geriatrics* 2007; 7:17.
22. Schramm SMO. *Humanização do cuidado da mulher idosa hospitalizada*. [dissertação]. Fortaleza, CE: Universidade de Fortaleza, Programa de mestrado em educação em saúde; 2006.
23. Silva TM, et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista eletrônica de enfermagem* 2007; 9 (1): 64-78.
24. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior, MLC. Causas e conseqüências de quedas em idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004 fev.; 8 (1): 93-9.
25. Schwartz AV et al. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care* 2008; 31(3): 391-6.
26. Trentini M, et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 jan./fev; 13 (1): 38-45.
27. Frumi C, Celich KLS. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento humano* 2006 jul./dez; 92-100.

28. Negreiro TCGM. Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade?. Revista Mal-Estar e Subjetividade 2003 set.; 3 (2):275-91.
29. Pereira AMM. A queda e suas consequências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais. [dissertação]. Uberlândia, MG: Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada, Instituto de Psicologia; 2006.
30. Meira EC, Gonçalves LHT, Xavier JO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para a violência intrafamiliar. Revista Ciência, Cuidado e Saúde 2007 abr./jun; 6 (2): 171-80.
31. Chamowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Rev Saúde Pública 1999; 33 (5): 454-60.
32. Day VP et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2003; 25 (1): 9-21.
33. Porto I, Koller SH. Violência na família contra pessoas idosas. Interações 2006 jul./dez; 12 (22): 105-42.
34. Saliba O, et al. Responsabilidade do profissional da saúde sobre a notificação de casos de violência domestica. Rev Saúde Pública 2007; 41 (3): 472-7.

Recebido: 22/06/2009

Revisado: 27/10/2009

Aprovado: 27/10/2009