

# OCORRÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS\*

Rosely Souza da Costa\*\*  
Andréa dos Santos Souza\*\*\*  
Edméia Campos Meira\*\*\*\*  
Deusélia Moreira de Souza\*\*\*\*\*

**Resumo.** As estatísticas vêm sinalizando aumento crescente de lares unipessoais em vários países, em todas as faixas etárias, tendência também encontrada no Brasil. A importância de analisar a realidade de idosos que moram sozinhos traz à tona questões como a perda do suporte familiar, com o avanço da idade, com consequências para idosos, comunidade do entorno e os próprios familiares. Aponta demandas relevantes para profissionais da saúde, considerando que a longevidade impõe requerimentos de cuidados cada vez maiores, e de acolhimento especializado no campo da saúde, especialmente a partir da Estratégia de Saúde da Família. Diante dos novos arranjos familiares e suas demandas

---

\* Originado do trabalho de conclusão de curso *Fatores de risco e complicações relacionados à ocorrência de quedas em idosos institucionalizados*. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), em 2009.

\*\* Enfermeira. Aluna especial do PPGES/Uesb. *E-mail:* <rosely-souza@hotmail.com>.

\*\*\* Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), doutoranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFBA, Jequié, Bahia. *E-mail:*<andreasouza\_75@hotmail.com>.

\*\*\*\* Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Jequié, Bahia. *E-mail:* <edmeiameira@yahoo.com.br>.

\*\*\*\*\* Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Jequié, Bahia. *E-mail:* <deusams@gmail.com>.

para o setor de saúde, em especial para a atenção básica, este texto propõe discutir a realidade de idosos que vivem sozinhos. Na experiência de trabalho na atenção básica, destacamos dois casos de homens idosos que vivem sós, mesmo com a idade já avançada. Através de entrevista semiestruturada, foi possível reconhecer como esses dois idosos vivem, qual a sua situação de saúde e o significado, para eles, e viver só.

**Palavras-chave:** Idoso. Acidentes por quedas. Instituição de Longa Permanência para Idoso

## OCCURRENCE AND IMPLICATIONS OF FALLS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

**Abstract.** Exploratory and descriptive research, with a multimethods approach, in order to identify the occurrence and consequences of falls in elderly resident of a Long Stay Institution for Aged (LTIA), in the city of Jequié-Bahia. Data were collected from September to December of 2008, through documents analysis and semi-structured interviews which were taped, transcribed and submitted to Bardin's content analysis. Out of the 38 resident elderly, 14 (36.8%) suffered falls in the last year. Out of these, 57.2% were male, aged between 63 and 104 years, 28.6% fell more than once in the last year; 42.8% of falls occurred in the dormitory, 71.4% reported being able to rise alone after the fall; 42.8% had no injury and 20.6% died after the event. From the discourses two categories emerged: Experiencing the fear of falling and Modifying behavior to avoid falls, with their respective subcategories. It can be seen the need for adjustments of the physical environment and surveillance particularly to the most vulnerable ones, in order to prevent the fall and its consequences, as well as ensure the proper record of the circumstances and implications of the falls and care, not only physical but also psychosocial, to those who have fallen.

**Keywords:** Elderly. Fall. Long-term institution for the elderly.

## 1 INTRODUÇÃO

As questões relacionadas ao envelhecimento encontram-se como prioridade na agenda política de países desenvolvidos e em desenvolvimento, em virtude do aumento da população idosa em todo o mundo e também no Brasil. Progressos contínuos na área de saúde, ocorridos nas últimas décadas, associados à redução das taxas de mortalidade, de fecundidade e aumento da longevidade contribuíram para esta transição demográfica. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade no Brasil passou de 4,06 filhos, em 1980, para 1,94, em 2009. Quanto à esperança de vida, houve um incremento de 3,08 anos na última década. Desse modo, o cidadão brasileiro, ao nascer, espera viver 73,1 anos. Atualmente, os idosos representam 11,3% da população brasileira e o grupo etário com 70 anos e mais é de 5,0% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008, 2010).

Associada à transição demográfica, observa-se uma mudança no perfil das famílias, que passaram a ser menos numerosas, e a inserção da mulher no mercado de trabalho como fatores que dificultam a atenção e os cuidados aos seus familiares mais idosos e dependentes de cuidados.

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e que, normalmente, não provoca graves prejuízos (BRASIL, 2006). Entretanto, se associado a uma condição patológica, o

envelhecimento pode causar mudanças fisiológicas e cognitivas que podem colocar a pessoa idosa em condição de fragilidade, tornando-a mais sujeita a eventos incapacitantes. É considerado idoso fragilizado aquele com mais de 65 anos, dependente para Atividades de Vida Diária (AVD), institucionalizado, com imobilidade física, em uso de múltiplos fármacos e, geralmente, restrito ao leito (LEDUC, 2006).

Em virtude das questões demográficas e socioeconômicas apresentadas, tem ocorrido o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 283, estas podem ser definidas como:

instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005, p. 2).

A admissão da pessoa idosa em ILPI deve ocorrer somente quando verificada a inexistência de grupo familiar ou casa-lar, abandono e carência de recursos financeiros próprios ou da família (BRASIL, 2003).

A ILPI passa a ser a nova residência do idoso, local onde estabelece novos vínculos sociais e realiza suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, em graus variados, de acordo com o seu interesse e a sua condição de saúde do idoso, estímulo dos profissionais

cuidadores e estrutura da ILPI. Esta passa a ser um ambiente passível de ocorrência de quedas, seja pela fragilidade da pessoa idosa ou por sua exposição a riscos quando ainda ativa, e deve ser visualizada pelos profissionais de saúde como um território de intervenções preventivas e de reabilitação.

Entende-se por queda

um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004, p. 94).

Estes pesquisadores apontam que a queda tem significado relevante, pois pode conduzir o idoso à incapacidade, injúria e morte. Perracini (2005) compartilha de tais ideias ao constatar, em seu estudo, que a queda na velhice é um evento frequente, limitante e pode ser considerada um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde. Freitas e Scheicher (2008) acrescentam que devem ser levadas em consideração as alterações crônico-degenerativas inerentes ao processo de envelhecimento, que origina o medo de cair, tanto para os que foram, ou não, vítimas de queda.

É válido salientar, ainda, que a prevalência de quedas é elevada em idosos residentes em ILPI, uma vez que estas, em sua maioria, encontram-se desprovidas de adaptações ou, quando existem, são introduzidas de maneira inadequada. Associado a isso, os idosos institucionalizados convivem com fatores tais

como sedentarismo, dificuldade de realizar pelo menos uma das atividades de vida diária, problemas osteomusculares, confusão mental, hipertensão, tontura e fraqueza nas pernas (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Outra pesquisa aponta que ter idade superior a 70 anos e força muscular diminuída tem forte relação com a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados (REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007). Além disso, ser divorciado ou separado, ter depressão e usar grande número de medicações continuamente foram apontados por Gonçalves *et al.* (2008) como fatores predisponentes para quedas em idosos residentes em ILPI.

Desse modo, observa-se que a queda pode ser desencadeada por fatores intrínsecos, que são relacionados às alterações fisiológicas, uso de algumas medicações e comorbidades e aos fatores extrínsecos, que são os relacionados ao ambiente, ao comportamento e às atividades realizadas pelo indivíduo. Sendo assim, não é conveniente atribuir a ocorrência da queda somente a uma causa, visto que pode haver a associação de vários fatores.

Partindo de experiências vivenciadas pelas pesquisadoras em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos no interior da Bahia, por meio de atividades de ensino e do projeto de pesquisa *Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs no Brasil: tipologia e proposta de modelo básico de assistência multidimensional*, foi possível observar recorrentes episódios de quedas entre os idosos institucionalizados, o que as motivou a refletir sobre essa realidade que envolve as pessoas idosas ali residentes. Leituras diversas sobre

o contexto que engloba a realidade de idosos asilados, as possíveis limitações decorrentes de um episódio de queda e a complexidade que essa problemática representa, subsidiaram a realização do estudo. Reconhecendo as diversas implicações das quedas sob o ponto de vista físico e psicossocial da pessoa idosa, este estudo objetivou identificar a ocorrência e as consequências de quedas em idosos residentes em uma ILPI, do interior da Bahia.

Espera-se que os resultados provenientes desse estudo possam subsidiar o planejamento e a implementação de cuidados preventivos relacionados à ocorrência de quedas em idosos institucionalizados, bem como de suas complicações. A proposta é contribuir para a construção do conhecimento na área gerontogeriátrica e melhorar a qualidade de vida dos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, por meio de práticas de cuidado de profissionais atuantes nesse contexto, condizentes com as necessidades da pessoa idosa.

A pesquisa foi descritiva, de abordagem pluri-metodológica, realizada em uma ILPI do interior da Bahia, fundada em 1958, com o objetivo de acolher o idoso desamparado. A instituição possui 56 residentes, mantidos pela aposentadoria dos idosos, por doações e contribuição da prefeitura do município. Tem natureza jurídica definida como privada e filantrópica, por não ter fins lucrativos. Possui alvará da Vigilância Sanitária e estatuto registrado, atendendo a idosos com diferentes graus de dependência.

Foram encontradas pessoas com idade inferior a 60 anos residindo na ILPI. As responsáveis pela ILPI

justificaram o fato alegando que a administração da instituição está sob responsabilidade de uma congregação religiosa, tornando, assim, a prática da caridade um fator relevante para a admissão de pessoas que não disponham de família ou de pessoas da comunidade para auxiliar nos cuidados necessários.

Quanto aos recursos humanos, a ILPI dispõe de uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem que prestam assistência às pessoas idosas no período diurno. A enfermeira realiza, principalmente, as atividades gerenciais e administrativas da ILPI, enquanto as técnicas de enfermagem cumprem atividades como a verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos e curativos. Para cuidados higiênicos e apoio à mobilização de idosos independentes, foram contratados quatro cuidadores, três do sexo feminino e um do sexo masculino, que atuam nas alas masculina e feminina. Há um médico que atende voluntariamente uma vez por semana na ILPI e atividades esporádicas de ensino de profissionais de enfermagem de nível médio e superior e de fisioterapia.

Inicialmente, por meio de consulta verbal, informal, foi realizado um levantamento, junto aos profissionais e idosos residentes, para identificar quais os idosos que sofreram episódio de queda no ano anterior à realização da pesquisa. A partir dessa informação, partiu-se para análise documental, com verificação dos registros de quedas contidos no livro de ocorrências, prontuário e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), dos quais foram extraídas as informações relativas aos aspectos sociodemográficos, fatores de risco para quedas, as circunstâncias que envolveram o evento e suas consequências.



A pesquisa obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo submetida à apreciação do Comitê de Ética<sup>1</sup> em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Os dados provenientes da análise documental foram organizados em um quadro que apresenta a ocorrência de quedas e as principais características dos idosos residentes na ILPI investigada, e os conteúdos das entrevistas foram gravados, transcritos e submetidos à análise Temática de Conteúdo de Bardin (2010) (Cf. FIGURA).

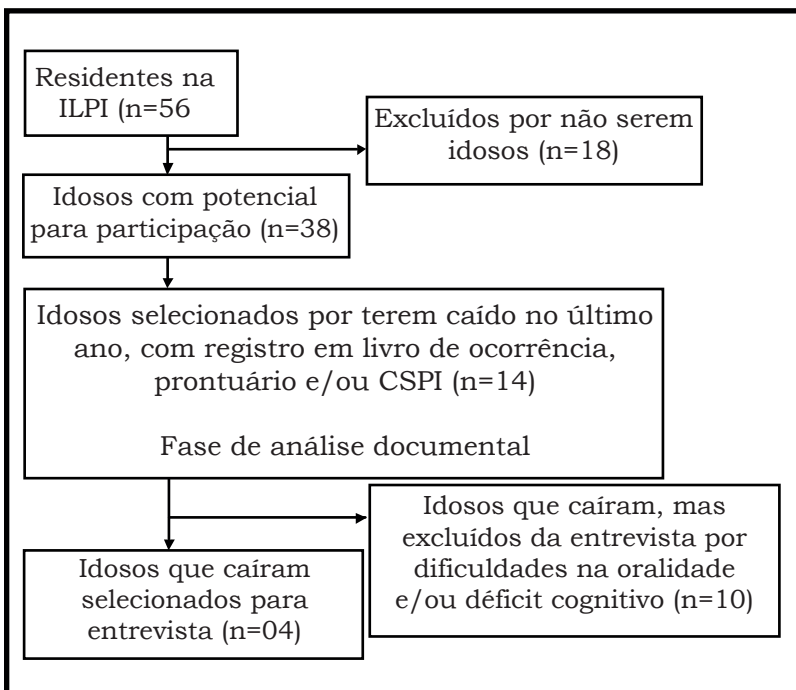
## **2 IDENTIFICANDO A OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES EM UMA ILPI DO INTERIOR DA BAHIA**

A partir da análise do livro de ocorrências, dos prontuários e CSPI, foi possível identificar que 36,8% dos idosos residentes sofreram queda no último ano. Destes, 57,2% pertenciam ao sexo masculino, com idades variando entre 63 e 104 anos; 28,6% caíram mais de uma vez no último ano; 38,8% das quedas aconteceram no dormitório, 78,6% precisaram de ajuda para se levantar ; 50% apresentaram alguma lesão física decorrente da queda e 28,6% evoluíram para óbito após o evento. O QUADRO 1 resume as principais características da ocorrência de quedas na instituição investigada.

---

<sup>1</sup> Protocolo n.º 158/2008. Foi obtido o consentimento e apoio por parte da coordenadora da Instituição para que o estudo fosse realizado.

**FIGURA – Fluxograma das etapas de seleção dos participantes da pesquisa**



Fonte: Dados de pesquisa (2008).

Estudo feito por Gonçalves *et al.* (2008) com idosos institucionalizados revelou que a prevalência de quedas foi de 38,3%, sendo que 27,5% destes apresentaram alguma fratura. As consequências das quedas podem trazer limitações de natureza física – levando o idoso à hospitalização, submissão a cirurgias e complicações como úlceras por pressão, disfunções respiratórias, urinárias, assim como podem afetar a independência na realização AVDs. Além disso, limites físicos associados aos de ordem

**QUADRO 1 – Descrição da ocorrência de quedas em idosos residentes em uma ILPI do interior da Bahia, 2008**

Idoso	Sexo	Idade	Local(is) da(s) queda(s)	Consequência(s) da(s) queda(s)	Problemas de saúde	Nº de quedas	Uso de medicação	Óbito
1	Fem.	84	Dormitório/leito	Hematomas	Não refere	1	Não	Sim
2	Masc.	96	Banheiro	Corte na cabeça	Não refere	2	Sim	Sim
			Dormitório/leito	Escoriações				
3	Masc.	84	Banheiro	Sem ferimento	Diabetes e tontura	2	Sim	Não
			Área Externa	Escoriações nos membros inferiores				
4	Fem.	63	Área externa	Sem ferimento	HAS* e tontura	1	Sim	Não
5	Fem.	87	Dormitório	Sem ferimento	AVE** prévio	1	Sim	Não
6	Masc.	68	Corredor	Dor local	HAS, AVE, insônia e tontura	2	Sim	Não
			Dormitório	Dor local				
7	Masc.	63	Pátio	Dor local	HAS e insônia	1	Sim	Não
8	Masc.	78	Centro da cidade	Sem ferimento	HAS, insônia e fraqueza muscular	1	Não	Não

Continua

Continuação

9	Fem.	90	Área externa	Escoriação na face e no braço direito	Distúrbio mental e tontura	1	Sim	Não
10	Masc.	70	Pátio	Sem ferimento	Não refere	1	Sim	Não
11	Fem.	83	Dormitório/leito	Corte no supercílio	Diabetes, distúrbio mental, insônia, fraqueza e tontura	1	Não	Não
12	Fem.	104	Banheiro	Sem ferimento	HAS, insônia, fraqueza e tontura	1	Sim	Não
13	Masc.	77	Dormitório	Sem ferimento	Não refere	1	Não	Sim
14	Masc.	90	Dormitório	Corte no supercílio	Doença de Alzheimer	2	Não	Sim
			Pátio	Fratura do fêmur				

Fonte: Dados da pesquisa (2008).

Notas: \*HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica ; \*\* AVE= Acidente Vascular Encefálico.

social podem gerar depressão e isolamento. Em relação ao estado psicológico, o idoso pode passar a experimentar sentimentos negativos, alterações na memória, concentração e baixa autoestima (RIBEIRO et al., 2008).

Neste estudo, a média de idade dos idosos que caíram foi de 81,6 anos, sendo que 57,2% apresentavam idade igual ou superior a 80 anos. Isso mostra que os idosos mais velhos são mais propensos a sofrer quedas, devido à perda progressiva da força muscular, decorrente do processo de envelhecimento e da convivência com múltiplas patologias. Estudo de Rebelatto, Castro e Chan (2007) mostrou que os mais velhos caem mais, o que pode ser justificado pela perda progressiva da força muscular, decorrente da senescência e do comprometimento cognitivo; revelou ainda que a prevalência de quedas em idosos institucionalizados foi de 45,9%, sendo mais frequente no sexo feminino.

Na instituição em que a pesquisa foi realizada, a maioria deles era do sexo masculino, assim também como o maior número de quedas ocorreu entre os homens, diferente da maioria dos estudos em ILPI, cujo sexo feminino predomina na amostra.

As quedas, geralmente, resultam da interação de inúmeros fatores que podem estar relacionados ao paciente e/ou ao ambiente. A significativa representação de quedas no dormitório pode estar relacionada ao fato desse local ser ocupado pelos idosos durante a maior parte do tempo, sendo necessário, portanto, maior vigilância, bem como a manutenção do ambiente seguro, com adaptações, para que a pessoa idosa tenha conforto e, acima de tudo, segurança.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que as quedas foram comuns no ambiente institucional, com ocorrência em 33,5% dos seus habitantes, e o quarto foi o local onde ocorreu o maior número de quedas (37%) (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011).

Alguns fatores ambientais constituem risco para quedas: pisos lisos, molhados, encerados ou irregulares, tapetes soltos no chão — que podem causar tropeço —, iluminação insuficiente, escadas e degraus sem corrimão. Entre os fatores intrínsecos para quedas no dormitório podemos considerar a hipotensão ortostática, a insônia, assim como a necessidade de levantar durante a noite para ir ao banheiro.

Os dormitórios da ILPI que serviram de cenário para esta pesquisa possuem piso com mecanismo antiderrapante, entretanto, a iluminação é inadequada. Durante a noite, a luz do banheiro permanece acesa, servindo como uma luz de vigília, caso algum idoso precise levantar. Os dormitórios são separados por sexo; entretanto, o número de pessoas por quarto não está adequado às normas para funcionamento desse tipo de instituição, que deve ser de, no máximo, 4 indivíduos. Em relação aos banheiros, estes não dispõem de banco articulado ou removível onde o idoso possa sentar-se no momento do banho, nem tapete com mecanismo antiderrapante. É usada a cadeira de rodas para banho, quando o idoso é cadeirante ou fragilizado. Os idosos independentes ficam em pé durante o banho.

Outros fatores que podem influenciar a ocorrência de quedas entre os idosos são os relacionados aos

problemas de saúde, não raros entre as pessoas dessa faixa etária. No meio dos institucionalizados, foram encontrados idosos portadoras de doença de Parkinson (2,6%), demência de Alzheimer (2,6%), cardiopatia (2,6%), hipertensão arterial sistêmica (36,8%) e com história de acidente vascular encefálico (AVE) (7,9%). As doenças cardiovasculares podem causar hipotensão postural e tontura, acarretada pela mudança de decúbito decorrente da alteração da pressão arterial, contribuindo assim para maior risco de quedas (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMAN, 2006). A presença de doenças neurológicas, tais como doença de Parkinson, demência de Alzheimer e AVE, podem causar alterações do tônus muscular e do reflexo de proteção, desorientação visual e espacial e mudanças de comportamento. Identificamos, ainda, 15,8% de portadores de diabetes mellitus. É válido ressaltar que as pessoas idosas são mais sensíveis às variações do nível glicêmico, podendo apresentar tontura e fraqueza. Também encontramos distúrbio cognitivo em 18,4% dos idosos participantes do estudo, problema de saúde que pode impedir o reconhecimento do ambiente, dos obstáculos ou das situações de risco que podem desencadear quedas.

A insônia, queixa frequente entre os idosos, foi referida por 31,6% dos entrevistados. Por falta de atividades programadas para o período diurno, muitos passam boa parte do tempo na cama, dormem durante o dia, prejudicando o sono da noite. Pinto *et al.* (2003) revelam que os idosos institucionalizados, em sua maioria, têm baixa autoestima por se sentirem abandonados, sofrem com doenças e têm dificuldade para dormir.

Fraqueza muscular foi mencionada por 28,9% dos entrevistados. Nos idosos institucionalizados, ela tem relação com as perdas funcionais, dependência de cuidadores, sedentarismo e a aceleração do envelhecimento fisiológico, além de ser apontada como a segunda maior causa de queda (REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007).

Em relação aos fatores intrínsecos, torna-se imprescindível a atenção e o cuidado por parte dos cuidadores e dos profissionais de saúde, não apenas no que se refere à restrição de atitudes consideradas perigosas, mas também incentivando, de forma planejada e segura, a realização de atividades físicas e recreativas que contribuam significativamente para a manutenção da força muscular, da concentração e do equilíbrio. Foi observado que os idosos ativos apresentaram menor porcentagem de quedas, quando comparados a idosos sedentários, e que a prática regular de exercícios físicos influencia positivamente na prevenção de quedas, na funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (SILVA et al., 2010). Na instituição estudada, essas atividades acontecem de forma esporádica, feitas por estudantes do curso da área da saúde, nos fins de semana ou em datas comemorativas por grupos de voluntários, não sendo, portanto, eficazes para a manutenção da qualidade de vida e da saúde dos residentes.

Estudo realizado por Freitas e Scheicher (2008) permitiu observar que existe medo, por parte de idosos, com relação à ocorrência de novas quedas em atividades básicas do dia a dia, portanto, políticas públicas visando a minimizar o número de quedas e



a orientar a população devem ser priorizadas. O medo de queda “é uma barreira psicológica importante que necessita ser vencida de forma a favorecer estilos de vida mais ativos” (CARVALHO; PINTO; MOTA, 2007, p. 230). O medo pode ser considerado a complicação mais incapacitante de uma queda, gerando diminuição da mobilidade e o aumento do desuso, perda da capacidade funcional e suscetibilidade a um evento recorrente (MENEZES; BACHION, 2008). Para evitar a recorrência de quedas, tanto os fatores intrínsecos como os extrínsecos devem ser minimizados, sendo estes últimos mais facilmente reconhecidos e passíveis de mudanças por meio de adaptações no ambiente e da não exposição a situações que predis põem ao risco de quedas.

Atenção especial deve estar voltada para os idosos que utilizam vários medicamentos, pois a interação decorrente do uso de múltiplas medicações pode ocasionar sérios problemas para sua saúde (BRUNNER; SUDDARTH, 2005). Identificamos que 28,9% dos 38 idosos não faziam uso de medicação, 23,7% usavam apenas uma medicação, 26,3% usavam duas medicações, 15,8% faziam uso de três medicações e 5,3% dos idosos usavam até quatro medicações por dia, revelando assim que a maioria fazia uso contínuo de pelo menos uma medicação.

Dentre as medicações mais usadas estão hipotensores, tais como os inibidores ECA (enzima conversora de angiotensina) – captopril, usado por 34,2% dos idosos –; os diuréticos poupadores potássio (hidroclorotiazida), usado por 10,5% dos idosos; benzodiazepínico, usado por 26,3% dos idosos; neuroléptico,

usado por 18,42% dos idosos; e hipoglicemiante oral, usado por 13,2%. Antipsicóticos, diuréticos, antidepressivos e antiparkinsoniano, especialmente quando usados em doses inapropriadas, podem contribuir para quedas nos idosos, pela diminuição do estado de alerta, depressão da função psicomotora, tontura ou hipotensão postural. Nos idosos, o metabolismo das drogas pode acontecer de forma diferente da esperada, tendo modificadas suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas (ISHIUKA; JACOB FILHO, 2006). Drogas bloqueadoras do canal de cálcio, benzodiazepínicos e vasodilatadores associaram-se a um aumento no risco de fratura decorrente da queda (CARVALHO; COUTINHO, 2002).

Idosos com déficits cognitivos podem não apresentar respostas protetoras, além de poderem fazer julgamento deficiente da gravidade de situações ou problemas que podem colocá-los em risco, tornando-os assim mais suscetíveis a acidentes (CARVALHO; COUTINHO, 2002). Estudo realizado por Santos e Andrade (2005) revelou elevada incidência de quedas nos idosos institucionalizados, estando diretamente relacionada ao déficit cognitivo, ao sexo feminino, à marcha livre, ao uso de psicotrópicos e à ausência de prática de atividade física.

### **3 IDENTIFICANDO AS CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES EM ILPI**

A fim de identificar as consequências provenientes de quedas em idosos residentes na ILPI investigada, foi realizada uma entrevista aplicada a quatro

idosos residentes<sup>2</sup> que preenchiam os critérios estabelecidos. Foi-lhes perguntado: a queda provocou corte, fratura, machucado, inchaço ou dor no local? O que mudou em sua vida após a queda? A entrevista foi gravada, transcrita e foi realizado o recorte das unidades de análise com agrupamento de conteúdos afins, culminando na identificação de duas categorias e seis subcategorias apresentadas no QUADRO 2. Elas revelam os sentimentos e comportamentos vivenciados após queda em pessoas idosas institucionalizadas.

Garça, idosa, 63 anos, refere HAS e tontura, faz uso de Captopril, Hidroclorotiazida, Haldol e Amplictil. Reside no abrigo há 31 anos. Caiu no período da manhã, ao escorregar no chão molhado, enquanto andava na área externa, próximo ao local onde estende as roupas. Refere não ter sentido dor ou escoriações e que nada mudou em sua vida após a queda.

Gavião, idoso, 68 anos, possui os seguintes problemas de saúde: HAS, AVE, insônia e tontura. Faz uso de Diazepan, Captopril, Nifedipina e Hidroclorotiazida. Reside na ILPI há dois anos e caiu pelo menos duas vezes no último ano. Em todas as quedas precisou de auxílio para se levantar, não apresentou ferimento visível, mas refere ter sentido dor local. As quedas aconteceram no dormitório e na sala, enquanto andava com o auxílio de andador. Refere ter sentido tontura. Ele mencionou que não ficou nada bom em sua vida após a queda.

---

<sup>2</sup> Para garantia do sigilo das informações, os idosos foram identificados pelo nome de um pássaro (N. A.).

**QUADRO 2 – Distribuição das categorias, subcategorias e suas respectivas unidades de análise que revelam as consequências de quedas em pessoas idosas institucionalizadas, do interior da Bahia, 2008**

Categorias	Subcategorias	Unidades de análise representativas
Vivenciando o medo	de cair novamente	– Ave-Marial Deus me livre de queda! Tenho medo de cair [...] (Garça). – Tenho. Eu tenho medo (Beija-Flor). – Tenho. Tenho medo de cair (Águia).
	de lesões e fraturas	– [...] quebrar alguma coisa no corpo da gente fica ruim (Garça). – [...] tenho medo, porque a gente se quebra, se arreventa [...] a gente cair de mau jeito. E cair e ter um golpe pior. Machucar a perna, sair muito sangue (Beija-Flor). – [...] de quebrar um braço ou uma perna, aí fica a gente, fica com medo (Águia). – [...] tenho medo de acontecer alguma coisa [...] de quebrar alguma coisa (Gavião).
	da dependência	– E ficar na cama [...] (Beija-Flor). – [...] ficar aleijado (Águia). – Eu penso de inutilizar alguma coisa (Gavião).

Continua

<p>Modificando o comportamento para evitar quedas</p>	<p>Ampliando a atenção</p>	<p>Continuação</p> <p>– Eu ando com cuidado, piso no lugar certo para poder não cair. [...] fico olhando para o chão (Garça).                  – Tem que pisar com cuidado para não cair... Eu tomo cuidado para não cair mais. Tomo cuidado, né? (Beija-Flor).                  – Eu tomo o maior cuidado (Gavião).</p>
	<p>Restringindo a deambulação</p>	<p>– Eu fico quieta, né? [...] Fico quieta para não escorregar (Beija-Flor).                  – Eu deixo de andar [...]. As mulher, aqui, fica pedindo para mim ir andar no andador. Não vou, porque tenho medo de cair (Gavião).</p>
	<p>Alterando a velocidade da marcha</p>	<p>– Andar muito devagarzinho pra prevenir, né? (Águia).</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2008).

Água, idoso, 63 anos, refere como problemas de saúde a HAS e a insônia. Faz uso de Diazepan e Captopril. Reside na ILPI há três anos. Caiu no pátio, próximo ao dormitório feminino, ao escorregar no chão molhado pela água da chuva, enquanto empurrava uma idosa que estava na cadeira de rodas. Não precisou de ajuda para levantar-se. Refere ter sentido dor local e disse que nada mudou em sua vida após a queda.

Beija-Flor, idosa, 83 anos, reside na ILPI há dois anos, refere os seguintes problemas de saúde: HAS, insônia, fraqueza e tontura; faz uso de Captopril e Hidroclorotiazida. Caiu da cama às 10 horas, ao tentar pegar as sandálias que estavam próximas. Sentiu tontura antes de cair. Apresentou corte no supercílio direito, mas não precisou de sutura. Disse que nada mudou em sua vida após a queda.

### Categoria I – **Vivenciando o medo**

Além das manifestações físicas, outra menos valorizada, mas de dimensões tão importantes quanto aquelas, é o medo de cair novamente e ser acometido de lesões geradoras de dependência.

O medo foi uma consequência psicológica encontrada em estudo feito por Fabrício e Rodrigues (2004). Pode ser a complicação mais incapacitante de uma queda, pelo seu potencial para diminuir a mobilidade e aumentar o desuso. Um evento de queda pode desencadear a perda da capacidade funcional e aumentar a suscetibilidade de queda recorrente (MENEZES; BACHION, 2008). De acordo com Scheffer *et al.* (2008), o maior fator para a manifestação do medo de cair é a história prévia de queda.

A perda de confiança na capacidade de deambular, ocasionada pela queda, pode resultar em declínio funcional, depressão, sentimentos de inutilidade e isolamento social (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMAN, 2006). Segundo estes autores, as quedas que resultam em lesões físicas, perdas funcionais ou períodos prolongados em que a pessoa permanece no chão são as que mais se correlacionam ao medo de cair. Estudo realizado por Lopes *et al.* (2009) demonstraram que a maioria dos idosos avaliados (90,48%) apresentou medo de cair, independente do histórico de quedas e, dos que caíram, 96,25% apresentaram medo de cair novamente. Outro estudo revela que o medo de voltar a cair foi referido por 88,5% dos idosos, que afirmaram ter tido alguma consequência da queda (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Dependendo da forma como a pessoa enfrenta o medo, esse pode trazer benefícios ou não. Se encarado com a restrição física ou isolamento social, pode acarretar sérios danos para a pessoa idosa, especialmente os institucionalizados que já passaram por perdas significativas, de pessoas, de autonomia e financeira. Entretanto, se o medo for encarado como um estado de alerta/atenção para situações que possam colocar em risco sua integridade física e a pessoa adotar comportamentos preventivos e buscar adaptações para a realização das atividades rotineiras, conservando assim a autonomia e independência, pode ajudar na prevenção de novos episódios de queda.

Mas, levando em consideração o fato de o idoso estar institucionalizado, atitudes preventivas, de

apoio e estímulo à autoconfiança, devem fazer parte da preocupação dos profissionais envolvidos nos cuidados a esses idosos. Tendo em vista que não há psicólogo na instituição para avaliar a extensão do impacto do medo na realização das AVDs, os profissionais de enfermagem devem atentar para essa problemática no intuito de evitar que o idoso evolua para um maior grau de dependência.

### **Categoria II – Modificando o comportamento para evitar quedas**

Ainda que os idosos dissessem que nada mudou após a queda, foram identificados, nos relatos, preocupação e mudanças no comportamento, e adotadas medidas consideradas preventivas para a não ocorrência de novos episódios.

Atitudes de cuidado, como pisar no lugar certo e olhar para o chão, são favoráveis à prevenção desse tipo de acidente, e revelam a responsabilidade que os idosos assumem com seu autocuidado e sua segurança. Todavia, são preocupantes os relatos indicadores de tendência à imobilidade. O sentimento de incapacidade/impotência pode desencadear, ainda, uma possível depressão, com perda do sentido de viver, agravando assim a condição de saúde mental da pessoa idosa. Os profissionais de saúde devem estar atentos a essa problemática, no intuito de evitar que o idoso evolua para um maior grau de dependência e providenciar avaliação e acompanhamento com o apoio de familiares e/ou serviços de saúde do entorno, a fim de oferecer atendimento adequado, sempre que necessário.



O medo de cair pode ter efeitos negativos, ocasionando alteração do bem-estar físico e funcional dos idosos e perda de independência na capacidade de realizar as AVDs, levando à adoção de estilo de vida sedentário (LOPES et al., 2009). Por outro lado, o medo pode atuar como um fator de proteção, à medida que o idoso adota comportamentos preventivos (RIBEIRO et al., 2008). Entendemos assim que a vivência do medo de cair implica em alterações no comportamento e no estilo de vida das pessoas idosas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ocorrência de quedas na ILPI investigada foi de 36,8% no ano investigado. Não se descarta a possibilidade de subnotificação por parte da equipe de enfermagem ou que o idoso possa ter se esquecido de relatar tal acontecimento, ou ainda, omitido.

A fim de evitar a possível subnotificação das quedas nos idosos residentes, ocasionada pela falta de sistematização das ações de profissionais de saúde, incide a necessidade de notificação compulsória deste “evento sentinela”. Para tanto, sugere-se a elaboração/adoção de um formulário específico de quedas que possibilite visualizar sua ocorrência e as suas consequências com maior precisão, a fim de intervir adequadamente nos fatores de risco, evitando complicações e eventos recorrentes.

A ILPI, como a residência do idoso, deve proporcionar segurança e conforto, a fim de não colocar em risco sua integridade física e psicológica. Adaptações

ambientais devem ser adotadas, como luz de presença, altura e distância adequada entre as camas, barras de apoio, piso antiderrapante e placas com aviso alertando que o piso está molhado.

A abordagem dessa problemática deve incluir uma avaliação ampla e integral do estado de saúde, com frequente atualização da CSPI e adoção de atividades que tornem os idosos mais ativos, melhorando sua força e capacidade de equilíbrio.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4 ed. Lisboa: Edições 70, LDA, 2010.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viw\\_identificacao/lei%2010.741-2003?opendocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viw_identificacao/lei%2010.741-2003?opendocument)>. Acesso em: 8 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: [s.n.], 2006. (Normas e Manuais Técnicos, Série A, Cadernos de Atenção Básica, 19.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF: [s.n.], 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 25 jul. 2008.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo e Patrícia Lydie Voeux. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 1.

CARVALHO, A. M.; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 448–454, ago. 2002.

CARVALHO, M. P.; LUCKOW, E. L. T.; SIQUEIRA, F. V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2945-2952, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/32.pdf>>. Acesso em: 15. 03.12.

CARVALHO, J.; PINTO, J.; MOTA, J. Actividade física, equilíbrio e medo de cair – Um estudo em idosos institucionalizados. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 7, n. 2, p. 225-231, ago. 2007. Disponível em: <[www.fade.up.pt/rpcd/\\_arquivo/artigos\\_soltos/vol.7\\_nr.2/1-10.pdf](http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/vol.7_nr.2/1-10.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2008.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93–99, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 set. 2011.

FREITAS, M. A. V; SCHEICHER, M. E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro v.11, n. 1, p.1, 2008. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?>>. Acesso em: 8 set. 2011.

GONÇALVES, L. G.; VIEIRA, S. T.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938–945, out. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/)>. Acesso em: 11 set. 2011.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010. <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/)>. Acesso em: 11 set. 2011.

ISHIZUKA, M. A.; JACOB FILHO, W. Fatores de risco para quedas em idosos. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONE, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e síndrome de imobilidade. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

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. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 2, p. 223–229, mar.-abr. 2009.

MENEZES, R. L; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209–1218, jul.-ago. 2008.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMAN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. (org.). **Guia de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo: Manole, 2005.

PINTO, M. V. M.; ROCHA, C. A.; REIS, D. M.; SÁ, F. M.; LOPES, L. A.; PARADELA, V. V.; GONÇALVES, R. V.; SILVA, C. M. Enfoque da fisioterapia preventiva: perfil dos idosos, asilamento e importância do apoio familiar, em Caratinga- MG. **Revista Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 353-359, set.-out. 2003.

REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P. de; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: Características gerais, fatores determinantes e relações com a força de pressão manual. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 151-154, 2007.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C; SCHLITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, jul.-ago. 2008.

SANTOS, M. L. C.; ANDRADE, M. C. Incidência de quedas relacionadas aos fatores de risco em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 57-68, jan.-jun. 2005.

SCHEFFER, A. C.; SHUURMANS, M. J.; DIJK, N. van; HOOFT, T. van der; ROOIJ, S. E. de. Fear for falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. **Age and Ageing**, Oxford, UK., v. 37, no.1, p. 19-24, Jan. 2008.

SILVA, T. O.; FREITAS, R. S.; MONTEIRO, M. R.; BORGES, S. M. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-398, set.-out. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

SOARES, A. V.; MATOS, F. M.; LAUS, L. H.; SUZUKI, S. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Revista Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 12-16, set.-out. 2003.

Recebido em julho de 2012.

Revisto em setembro de 2012.

Aprovado em março de 2013.