

Idoso reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur

The elderly recognizing themselves as vulnerable to falls in the concreteness of the femoral fracture
El anciano reconociéndose vulnerable a caídas en la realidad de la fractura femoral

César Junior Aparecido de Carvalho¹, Silvia Cristina Mangini Bocchi¹

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Botucatu-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Carvalho CJA, Bocchi SCM. The elderly recognizing themselves as vulnerable to falls in the concreteness of the femoral fracture. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):279-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0392>

Submissão: 21-07-2016

Aprovação: 30-09-2016

RESUMO

Objetivos: compreender a experiência de idosos com quedas seguidas de fraturas do fêmur e elaborar modelo teórico desse processo de vivência. **Método:** pesquisa qualitativa com saturação teórica mediante análise da nona entrevista não diretiva de idosos que vivenciaram tal experiência. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas segundo a Teoria Fundamentada nos Dados. **Resultados:** emergiram três categorias (subprocessos): *avaliando sinais e sintomas de fratura após a queda; sentindo-se triste e inseguro com a nova condição; e descobrindo-se suscetível a fraturas*. Do realinhamento dessas categorias (subprocessos), foi possível abstrair a categoria central (processo), *reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura*. **Conclusão:** o modelo teórico à luz do Interacionismo Simbólico sinaliza a implementação de programa continuado de prevenção de quedas, com estratégias de ensino que estimulem o idoso a refletir sobre a concretude de contextos nos quais haja risco de ocorrências do agravo à sua saúde. **Descritores:** Idoso; Acidentes por Quedas; Fraturas do Fêmur; Cuidado; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Objectives: understand the experience of the elderly with falls followed by femoral fracture and elaborate theoretical model of this process of lived experience. **Method:** qualitative research with theoretical saturation through analysis of the ninth nondirected interview of elderly who underwent such experience. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed according to Grounded Theory. **Results:** three categories emerged (sub-processes): *evaluating signs and symptoms of fracture after the fall; feeling sad and insecure with the new condition; and finding oneself susceptible to fractures*. From realignment of these categories (sub-processes) we could abstract the central category (process), *recognizing oneself as vulnerable to falls in the concreteness of the fracture*. **Conclusion:** the theoretical model considering the Symbolic Interactionism signals the implementation of continued program for fall prevention, with teaching strategies that encourage the elderly to reflect on the concreteness of contexts in which there is risk of occurring injury to their health. **Descriptors:** Elderly; Accidents by Falls; Fractures of Femur; Care; Vulnerability.

RESUMEN

Objetivos: conocer la experiencia de ancianos con caídas seguidas por las fracturas del fémur y elaborar un modelo teórico de la experiencia de este proceso. **Método:** investigación cualitativa con la saturación teórica, mediante el análisis de la novena entrevista no directiva de ancianos que experimentaron esta experiencia. Las entrevistas fueron audio grabadas, transcritas y analizadas según la Teoría Fundamentada en los Datos. **Resultados:** surgieron tres categorías (sub): *la evaluación de los signos y síntomas de la fractura después de la caída; sentirse triste e inseguro con la nueva condición; y descubrirse susceptible a las fracturas*. Después de la realineación de estas categorías (subproceso), fue posible abstraer la categoría central (proceso), *reconociéndose vulnerable a caídas en la realidad de la fractura*. **Conclusión:** el modelo teórico a la luz de la interacción simbólica señala la aplicación del programa continuo de prevención de caídas, con estrategias de enseñanza que fomentan los ancianos a reflexionar sobre los contextos concretos en los que existe un riesgo de daño a su salud. **Descritores:** Anciano; Accidentes por Caídas; Fracturas Femorales; Cuidado; Vulnerabilidad.

AUTOR CORRESPONDENTE

César Junior Aparecido de Carvalho

E-mail: cesar.carvalho@ifpr.edu.br

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população mundial, as quedas e suas consequências na qualidade de vida de idosos e de seus familiares cuidadores, assim como no sistema de saúde, representam um problema de saúde pública e são objeto de estudos no Brasil⁽¹⁻²⁾, de modo semelhante ao que ocorre em outros países⁽³⁻⁵⁾.

Considera-se queda o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade⁽⁶⁾ do indivíduo e não podem ser relacionadas a uma única causa⁽⁷⁾.

As quedas sucedem perdas de equilíbrio postural e podem decorrer de problemas primários do sistema osteoarticular ou neurológico ou mesmo de condição clínica adversa a afetar secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade⁽⁷⁾, conforme fatores de riscos expostos a seguir:

- a) Físicos: redução de marcha e equilíbrio, declínio funcional com movimentos descoordenados e redução de funções sensoriais (disfunções visuais, auditivas, táteis, vestibulares e proprioceptivas);
- b) Comportamentais: declínio de atividades cotidianas (muito ou pouco exercício físico, andar rapidamente, sapatos desconfortáveis);
- c) Psicológicos: medo de cair em virtude de histórico de queda, estresse por dificuldades financeiras e distúrbios do sono;
- d) Ambientais: iluminação precária da residência, altura da cama, ausência de suporte de apoio no banheiro, superfícies irregulares ou escorregadias e isolamento social;
- e) Medicamentosos: uso de antidepressivos, anti-epilépticos, anticolinérgicos, hipnóticos e sedativos, fármacos cardiovasculares, hipoglicemiantes, diuréticos e relaxantes musculares, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e uso de quatro ou mais medicamentos;
- f) Doenças associadas e suas complicações: neurológicas, cardíacas, osteomuscular, mentais, entre outras⁽⁸⁾.

O Brasil apresenta prevalência elevada de quedas em idosos (32,1%), significativamente maior em mulheres (35,0%)⁽⁹⁾ quando comparado à Nigéria (23%)⁽¹⁰⁾ e à China (20%)⁽¹¹⁾. Além disso, em estudo realizado na cidade de Niterói (RJ), verificou-se que 78,2% das fraturas em idosos ocorreram em membros inferiores⁽¹²⁾.

Apesar de esses dados indicarem um risco maior para determinados grupos, as quedas de idosos e fraturas decorrentes são eventos comuns em todo o mundo, associados a mortalidade significativa e a variações quanto às consequências⁽¹³⁾. Isso pode ser relacionado à presença de comorbidades clínicas, a maior tempo de internação e ainda a complicações advindas de procedimentos cirúrgicos, como a anestesia geral⁽¹⁴⁾.

Reduzir o risco das quedas e de suas consequências exige ações pensadas e efetivadas a partir de uma abordagem multidimensional, o que só é possível por meio da ação integrada e especializada de uma equipe⁽¹⁵⁾. O atual modelo de prevenção de quedas da Organização Mundial de Saúde (OMS) está fundamentado em três pilares inter-relacionados

e mutuamente dependentes: construir a conscientização sobre a importância da prevenção e do tratamento das quedas; incrementar a avaliação dos fatores individuais, ambientais e sociais que aumentem a probabilidade da ocorrência das quedas; e incentivar o planejamento e a implementação de intervenções de redução do número de quedas, fundamentadas nas próprias experiências dos idosos-alvo⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva — e considerando, na população idosa brasileira, (a) a prevalência alta de quedas⁽¹⁰⁾; (b) a estimativa em atingir 32 milhões de habitantes em 2025, representando 15% da população⁽¹⁶⁾ e (c) a necessidade de operacionalizar estratégias de prevenção de quedas fundamentadas na concepção do idoso sobre o evento^(7,17) —, pergunta-se: Como os idosos da cidade de Londrina concebem as quedas seguidas de fraturas do fêmur?

Na tentativa de responder a tal inquietação, conduziu-se esta investigação com os objetivos de compreender a experiência de idosos com quedas seguidas de fraturas do fêmur e elaborar modelo teórico desse processo de vivência.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada depois da aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (Comitê Ético e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina) e da obtenção de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa dos atores.

Com vistas a preservar o anonimato das informações dos autores após transcritas as entrevistas, os arquivos digitais foram deletados e todas as informações que pudessem identificar os idosos foram suprimidas. Desse modo, estes são identificados somente de modo alfanumérico (A-1, A-2, A-3, ...).

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, na abordagem compreensiva, utilizando-se do referencial metodológico Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)⁽¹⁸⁾ e do Interacionismo Simbólico⁽¹⁹⁾ como referencial teórico.

Cenário do estudo e atores

Realizou-se o estudo com idosos (≥ 60 anos) submetidos à cirurgia de fratura de fêmur entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2010, em dois hospitais terciários de grande porte de Londrina, conveniados ao Sistema Único de Saúde.

Localizaram-se os mesmos por meio de listagens fornecidas pelos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) das Instituições, contendo nomes, endereços e telefones de todos os idosos que realizaram a cirurgia no período. Destes, selecionaram-se aqueles com endereços adscritos às cinco regiões urbanas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ordenados decrescentemente nas listas, um dos pesquisadores realizou o primeiro contato por telefone, apresentando-se e explicando a finalidade da pesquisa, para convidá-los a participar do estudo. Como, na maioria das vezes, quem atendia era um familiar, caso este aceitasse o convite, o pesquisador confirmava com ele se o idoso apresentava capacidade cognitiva e de comunicação para ser entrevistado

posteriormente. Nessas condições, agendava-se visita domiciliar a fim de o pesquisador saber sobre o interesse do próprio idoso em colaborar com a pesquisa, assim como agendar outro dia e horário, caso considerasse necessário.

Fonte de dados

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista não diretiva, tendo como questão norteadora: “Como foi a sua experiência com a fratura do fêmur?” Foram entrevistas individuais e audiogravadas, conduzidas de julho a novembro de 2012 por um dos pesquisadores com treinamento na técnica de coleta de dados, nas residências dos idosos, em horário combinado, com vistas a respeitar o sigilo de suas informações.

Análise dos dados

Ao término das entrevistas, estas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores e validadas pelo segundo, com formação e experiência em operacionalizar os passos do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)⁽¹⁸⁾:

- Microanálise: análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre elas e uma combinação de codificação aberta e axial;
- Codificação aberta: processo analítico dos dados, por meio do qual se identificam conceitos, suas propriedades e dimensões. Nessa etapa, reduz-se grande quantidade de dados codificados, ao nomear agrupamentos de itens (códigos) com similaridade de significados e, consequentemente, de elaboração de conceitos. Um conceito é a representação abstrata de evento, objeto, ação ou interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. No referencial metodológico utilizado, as categorias são conceitos derivados dos dados que representam fenômenos. Os conceitos começam a se constituir quando o analista inicia o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, em categorias;
- Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Essa etapa de análise é importante para a construção da teoria;
- Codificação seletiva: processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central, por meio de várias técnicas: descrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão.

Conforme preconizado por esse tipo de pesquisa, as etapas de coleta e análise dos dados se deram concomitantemente até que se obtivesse a saturação teórica a partir da análise da nona entrevista. Para isso, utilizou-se uma das estratégias preconizadas pelo referencial metodológico de validação do

modelo descoberto (Figura 1), recomendando comparação deste com os dados brutos, o qual se mostrou capaz de explicar a concepção de queda no processo vivencial do idoso⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Caracterização dos atores da pesquisa

Dos nove atores deste estudo, seis eram mulheres e três eram homens, entre 62 a 81 anos, sendo seis aposentados, um agricultor, um caminhoneiro e uma dona de casa. Recebiam de dois a sete salários mínimos. No processo de reabilitação, oito deles gozavam de independência funcional plena, e um apresentava dependência parcial de cuidador familiar. Há de se destacar a dificuldade em incluir experiências de idosos que não haviam restabelecido a sua independência, seja pelo falecimento de alguns, seja em razão de estarem vivenciando pela segunda vez a experiência.

A experiência do idoso com a queda seguida de fratura

A análise dos dados, segundo a TFD, permitiu compreender a interação do idoso com a queda seguida de fratura e estabelecer relações teóricas entre os componentes (categorias e subcategorias). Foi possível, a partir daí, desenvolver o processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, representado pela categoria central, *reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur*.

Esse processo desdobra-se em três subprocessos, os quais retratam o significado simbólico atribuído pelo idoso à queda seguida de fratura, decorrentes do encadeamento das categorias *avaliando sinais e sintomas de fratura após a queda*, *sentindo-se triste e inseguro com a nova situação* e *descobrimdo-se suscetível a fraturas*.

Da inter-relação dessas categorias com a categoria central, abstraiu-se o modelo teórico representativo dessa experiência (Figura 1):

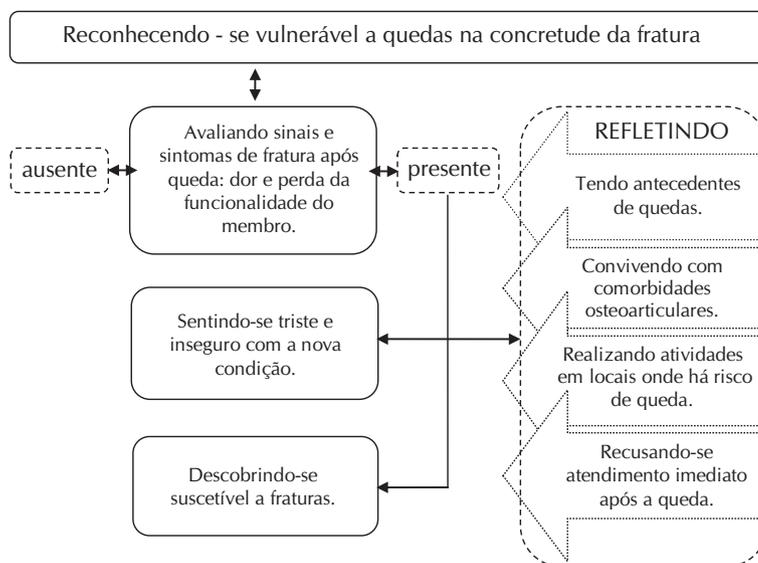


Figura 1 – Modelo teórico - Reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura: a experiência do idoso

Reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura é o modelo teórico representativo e abstraído do movimento interacional empreendido pela experiência do idoso com queda seguida de fraturado fêmur. O processo sinaliza o autorreconhecimento das suscetibilidades para quedas se configurando após o trauma, em face das reflexões para compreender o contexto de sentir-se surpreendido por uma experiência geradora de sofrimento físico e psíquico.

Em situação de queda, o processo inicia-se imediatamente com o idoso *avaliando sinais e sintomas de fratura*, perceptíveis na intensidade dolorosa em membro inferior, limitação para movimentá-lo e, principalmente, dificuldade de apoiar-se no membro para se levantar, conforme relatam:

[...] *Quando caí, eu senti dor [...]* e [...] *uma pessoa veio me levantar [...], eu ia apoiar minha perna no chão, não conseguia mais [...]. Aí eu pensei: “Minha perna está quebrada!” [...].* (A-1)

[...] *Levei um tombo e caí meio de lado. Na hora pensei [...]* que eu fosse levantar. [...] *Aí eu senti uma dor e assim tentei levantar e não pude. [...]* Nisso, meu sobrinho vinha chegando e falou:

– *Ei Tia, o que aconteceu?* [...]

– *Caí! – eu disse.*

– *Então tenta levantar.*

– *Acho que eu não consigo!* [...] – *Aí não consegui mesmo. [...]* Disse a ele: – *Eu quebrei a perna [...].* (A-8)

Como a dor se apresenta um dos principais sinais para o idoso se reconhecer fraturado, nos casos em que ela não se manifesta com intensidade significativa e na ausência de comprometimento imediato da funcionalidade do membro, a hipótese de fratura só será reconsiderada posteriormente, como diagnóstico por exame radiológico, ou quando o idoso for exposto a novos eventos que possam agravar a continuidade óssea e muscular, tornando-se evidentes os sinais e os sintomas clássicos, conforme relatam os entrevistados:

[...] *Eu não tive dor nenhuma. [...]* Bati o quadril no chão [...] e [...] *não senti dor, não senti nada [...]. Ainda esperei um tempo para meu sobrinho chegar e ir de carro para o hospital. No hospital, tive que esperar muito tempo para ser atendido. Como não doía, não achei que tivesse quebrado, só depois da radiografia que pude reconhecer que havia quebrado o fêmur [...], mas se não fosse isso, para mim, tinha sido só um tombo [...].* (A-5)

[...] *Eu quebrei a perna na caminhada [...], mas não senti dor. Vim embora caminhando devagar, depois, quando fui tomar banho, eu escorreguei [...]* e minhas pernas estavam meio travadas e percebi que não conseguia mais ficar em pé. Fiquei no chão. Chamei meu marido para me socorrer. Meu filho me levou ao hospital e depois de muito tempo constatarem fratura. (A-1)

A experiência demonstra que não só da dor física se constitui o sofrimento psíquico desse idoso, mas do dinamismo de sua mente, a qual, mesmo considerando a fratura uma hipótese, imediatamente projeta as dificuldades com as próximas etapas a serem enfrentadas, como a hospitalização, a cirurgia, a reabilitação no domicílio e o seu plano de vida. Esses fatos remetem-no ao segundo subprocesso, denominado *sentindo-se triste e inseguro com a nova condição* de idoso fraturado, exposto às fragilidades da idade e às consequentes incertezas com o vir-a-ser.

O idoso que inicialmente se mostrou despreocupado com a avaliação dos riscos de quedas e de fraturas, quando vivencia tal situação, costuma se desestabilizar emocionalmente, manifestando-se aborrecido, saudosista e solitário. Muitas vezes, apresenta-se inconsolável em virtude da dor, de se ver em estado de dependência funcional e da incerteza de alcançar a reabilitação plena. Como a situação é imposta, o idoso se sente obrigado a aceitá-la e a enfrentar todas as etapas do tratamento:

[...] *eu estava tão triste [...]. Eu ficava deitado lá. Sentia dor nas pernas, [...]* e também que não podia levantar [...] e ficar esperando alguém trazer as coisas. [...] *É coisa mais horrível!* [...] (A-3)

[...] *Às vezes chorava, porque eu queria ficar boa, achava que estava demorando muito, sabe para tratar a perna [...]. Eu sou uma pessoa que não paro, faço todo o serviço dentro de casa, além disso, ainda costumava, sempre fiz tudo sozinha [...]. Via ela sobrecarregada com serviço em casa [...] e não via a hora de tratar o meu caso [...].* (A-8)

[...] *Eu sinto muito mal de não poder andar e não fazer o servicinho da casa, de não poder cuidar dos meus netos, que têm quatro anos. Você sabe a idade como é que é, só arte [...]. Eu não posso fazer nada, fica tudo por conta dela ali, coitada [...]. Eu fico muito sentida, pergunta para ela como que eu choro. Eu choro direto [...].* (A-6)

[...] *Depois de um tempo na casa de meu filho, eu vim para minha casa [...]. Então eu ficava sozinho. [...]. Não era sempre que o meu filho podia vir aqui [...]. Só quando ele podia vir [...]. Sentia muito sozinho [...].* (A-7)

[...] *Achava muito triste ao ver que minhas duas tias achavam que eu não ia andar mais [...]. Pois é, minha irmã também falou que eu nunca ia andar mais [...]. Muito triste ouvir aquilo [...].* (A-3)

[...] *Tinha gente que vinha aqui e às vezes falava:*

– *Será que você vai andar de novo?*

[...] *Na hora eu pensava:*

– *Meu Deus, será que eu não vou andar mesmo? – Eu às vezes pensava nisso [...], muito triste!* (A-8)

Nesse contexto de sofrimento, o idoso é impelido ao terceiro subprocesso, *descobrimo que desafiou riscos e suscetibilidades à fratura*. A introspecção o conduz ao autorreconhecimento, por meio de reflexões para compreender e, então,

justificar a condição de fraturado. Esse movimento cognitivo possibilita-lhe resgatar os fatores de risco que contribuíram para a sua queda seguida de fratura do fêmur, assim como de suas inobservâncias quanto às complicações relacionadas ao tipo de lesão. Dentre eles, pode-se citar: *tendo antecedentes de quedas; convivendo com comorbidades osteoarticulares, realizando atividades em locais promissores a quedas e recusando-se a procurar atendimento imediato após a queda.*

Além de a experiência da fratura levar o idoso a refletir sobre a queda e seu contexto como razão do incidente, ela faz com que ele pense a respeito do seu histórico com o evento, o que o faz se reconhecer como *tendo antecedentes de quedas*. As condições de saúde pré-existentes também são lembradas pelo idoso como fator de risco de queda seguida de fratura, a exemplo de ele estar *convivendo com comorbidades osteoarticulares*, como as associadas ao ácido úrico e à artrose, conforme mencionam:

[...] *Na época do meu tombo me lembro que estava andando com um pouco de dificuldade, porque eu tinha tido crise de gota e fiquei na cama um mês sem andar.* (A-8)

[...] *Olha essa perna aqui é dormente. Ela formiga e dói. Os médicos dizem que é por causa da artrose que eu tenho, e foi isso que ajudou minha perna travar na missa e fez eu cair e quebrar a perna [...].* (A-9)

Outro fator de risco rememorado é o hábito de ele estar *realizando atividades em locais onde há risco de queda*, dentro e fora do domicílio. As fraturas decorrem, na maioria das vezes, de sua falta de atenção e de prudência, assim como de seus familiares, principalmente com os obstáculos ambientais: tapetes, escadas, pisos escorregadios e engordurados, além da falta de barras de apoio em banheiro, riscos potenciais para quedas não valorizados no ambiente domiciliar. Ademais, ambientes externos, como calçadas e ruas com pisos irregulares e locais de difícil acesso também podem provocar quedas, como relatado por eles:

[...] *Eu fui fazer um exame na clínica e tropecei no banco [...], não tinha visto o banco e era muito apertadinho para passar [...].* (A-3)

[...] *Ah, antes era duro. O banheiro onde eu morava lá embaixo era muito escorregadio e tinha uma escada para o acesso [...].* (A-7)

[...] *Olha, eu levei um tombo aqui mesmo nessa porta, entrando da cozinha para sala. Mas eu estava andando com um pouco de dificuldade e o piso escorregadio e engordurado já viu então [...], assim aconteceu! [...].* (A-8)

[...] *Eu tropecei na calçada que estava desnivelada, não consegui apoiar o pé e caí [...].* (A-5)

[...] *Ah, fui lá buscar um tapete para colocar no banheiro e não sei o que eu fiz que escorreguei e caí sentada. Aí não podia levantar, chamei meu marido para me acudir, até para mexer doía. [...] Pensei, quebrei a perna! [...].* (A-4)

Mesmo com sinais e sintomas de fratura em membro inferior, o idoso pode empreender um movimento de enfrentamento

negativo, *recusando-se a procurar atendimento imediato após a queda*. Nesse momento, ainda não tem consciência da gravidade do evento e expõe-se às complicações advindas da própria fratura, como descrevem:

[...] *Eu estou com 62 anos e nunca aconteceu nada na minha vida desta forma. Nunca caí! Nunca me envolvi em nenhum acidente! Então, o que aconteceu? A gente é leigo na coisa. Acha que acontece com os outros e não com a gente. Só que quando acontece é pra valer. Um tombo tão simples. Eu já pulei muito de carga de algodão no caminhão e nunca aconteceu nada. Até caí de ponta cabeça no chão. Cravou no chão e nada aconteceu. Agora caí sentado no chão e me quebrou tudo! [...].* Falei:

– *Eu vou até em casa dirigindo o caminhão.*

Meu patrão disse:

– *Não! Pegue um avião! Não venha dirigindo!*

– *Não! – respondi.*

– *Arruma um motorista!*

– *Não! – reafirmei.*

Não vou pegar um motorista que no fim eu vou acabar morrendo na mão dele, porque a gente pega uma pessoa estranha e que, às vezes, não sabe quem é, e acaba acidentando e matando. Falei com Deus:

– *O Senhor me levará para casa e vim bater em casa [...].*

Dirigir com fratura de Salvador à Londrina foi um ato de loucura. Permaneci muito tempo com duas fraturas do fêmur até conseguir assistência médica [...]. (A-2)

DISCUSSÃO

O estudo permitiu compreender o movimento interacional de idoso com sua experiência de queda seguida de fratura do fêmur enquanto objeto de pesquisa, retratado no modelo teórico *reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura*. O processo ensejou a conjectura de que as suscetibilidades do idoso para os eventos estão aumentadas em virtude de o autorreconhecimento dos fatores de risco para tais situações ocorrer somente após o trauma. Este, pois, configura-se um marco para a reflexão sobre os incidentes, quando se torna possível compreender e justificar o acontecimento.

Pode-se compreender tal comportamento a partir dos pressupostos do Interacionismo Simbólico, que considera a mente humana como a ação simbólica em relação ao *self*. É a atividade que ocorre contínua e ininterruptamente em comunicação ativa com o *self*, por meio da utilização de símbolos. Como parte das atividades da mente, por consequência, a pessoa elabora indicações para si própria, define significados e os interpreta, produzindo sentido para os elementos de uma dada situação. Desse modo, a ação é a resposta desencadeada pela interpretação feita pelo indivíduo em interação com um objeto social⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, verificou-se o idoso descobrindo-se suscetível às quedas seguidas de fraturas somente após vivenciarem a concretude dos fatos. A possibilidade de uma queda seguida de fratura ocupa um plano de invisibilidade nas considerações diárias dos idosos, pois não correspondiam a uma realidade sensível e, dessa forma, guardavam distanciamento do seu cotidiano.

Exemplo disso são os idosos malasianos, os quais, embora apresentassem alto risco de quedas, somente perceberam sua vulnerabilidade após os fatos. Eles não tinham ainda formada a concepção do risco, por considerarem a queda um estigma ou por não terem sofrido ferimentos graves⁽²⁰⁾. O estudo corrobora os resultados desta pesquisa, mostrando que falta de previsibilidade do risco de quedas e de fraturas, por parte dos idosos, dificulta sua compreensão e aceitação do evento quando ocorre. Além disso, a inicial ausência de sintomas leva os idosos a julgarem-se como pessoas saudáveis e com esqueleto resistente, principalmente quando já sofreram outras quedas não seguidas de fraturas⁽²¹⁾.

Os resultados obtidos nesta pesquisa são corroborados por estudos demonstrando a não compreensão pelos idosos de seus fatores de riscos para quedas e fraturas e o quanto essa postura influi negativamente para a saúde dos mesmos⁽²²⁻²³⁾, além de causarem sobrecarga para a família e para o sistema de saúde. Os efeitos negativos mais comuns são a tristeza e a insegurança em virtude da dor, do estado de dependência e da incerteza do alcance da reabilitação plena.

Estudos destacam a relação entre esses efeitos negativos às perdas na autonomia e na independência funcional ocasionadas pelas quedas, mesmo que por tempo limitado⁽²⁴⁻²⁵⁾. As dificuldades enfrentadas pelos idosos referem-se à restrição de atividades, imobilidade, prejuízos psicológicos, medo de sofrer novas quedas e de risco de morte, além dos prejuízos relacionados à família, a custos financeiros e à disponibilidade para o cuidado.

Esses conhecimentos corroboram os achados no presente estudo e reforçam que os riscos extrínsecos (ambiente) e intrínsecos (anatomofisiológico) aumentam a suscetibilidade dos idosos em relação à fratura precedida de queda e ao sofrimento durante o processo de reabilitação⁽²⁶⁾. Como se constatou a partir dos dados deste trabalho sobre a compreensão das condições que resultaram em fraturas, os idosos relacionam os riscos ao seu próprio histórico de quedas, à realização de atividades em locais inapropriados, no interior e no exterior da casa, e às comorbidades osteoarticulares.

Nesse sentido, há pesquisas que indicam limitações precedentes à queda, como doenças osteoarticulares, fatores ambientais, entre outros, as quais remetem o idoso a alterações em sua qualidade de vida. A consequência é uma série de aspectos negativos em seu cotidiano, pois o idoso fica impedido de desfrutar de uma vida independente e ativa⁽²⁷⁾. Observa-se a falta de atenção dos idosos para tais limitações, o que os suscetibiliza a quedas. Apenas depois de vivenciá-las, recobram a consciência sobre a possibilidade de prevenção. Por essa razão, ações de domínio preventivo no processo interacional idoso-queda-fratura encontram-se num plano de invisibilidade mental, emergindo somente após o fato concretizado⁽²⁷⁾.

Os resultados da presente pesquisa são corroborados pelos resultados de um estudo multicêntrico realizado com idosos

de países europeus⁽²⁸⁾ e com os de outras pesquisas conduzidas com idosos americanos⁽²⁹⁾. Observou-se que uma das barreiras na prevenção de quedas em idosos é a própria negação dos eventos e, muitas vezes, a consideração de que são inevitáveis.

O estudo com idosos americanos demonstrou que estes são despertos para a prática de prevenção de quedas a partir do momento que percebem o risco, ou seja, quando começam a cair com frequência⁽³⁰⁾. Contudo, pode-se considerar o grupo de idosos brasileiros, aqui estudados, em situação de maior vulnerabilidade quando comparado aos idosos americanos, pois os brasileiros só se reconheceram suscetíveis a quedas e a fraturas mediante a reflexão dos riscos e causas após a concretude da fratura.

Tendo em vista essa constatação, entende-se que esta pesquisa cumpriu uma das recomendações do modelo de prevenção de quedas da OMS, a qual orienta para o planejamento de intervenções para prevenção de quedas e, conseqüentemente, de fraturas, fundamentada na experiência da população-alvo. Imprescindível utilizar estratégias educativas, individuais ou em grupo que promovam de forma contínua a reflexão dos mesmos sobre o assunto. Dessa forma, possibilita-se que os idosos, a partir da interação, reconheçam sua vulnerabilidade e possam, então, definir seus fatores de risco preventivamente.

Segundo o Interacionismo Simbólico, a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso de ação. Essa definição da conjuntura feita pelo ator é central sobre como a ação ocorrerá⁽¹⁹⁾. Portanto, é necessário ao indivíduo reconfigurar o seu *self*, dando a si mesmo a oportunidade de partilhar do conhecimento dos profissionais, bem como das experiências de outras pessoas que têm vivenciado situações semelhantes.

Limitações do estudo

Não obstante a contribuição positiva, reconhece-se que uma das limitações deste estudo é não ter incluído um grupo amostral de idosos que vivenciaram a fratura do fêmur pela segunda vez, o que seria apropriado em futuras pesquisas, a fim de conhecer se a experiência foi suficiente para o idoso passar a observar melhor os fatores de risco para novas quedas. Ressalta-se que a formação de tal grupo amostral não foi possível em razão da dificuldade em encontrar idosos que atendessem ao critério de inclusão.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Pode-se afirmar também que a abstração da experiência idoso-queda-fratura, por meio do modelo teórico emerso e à luz do Interacionismo Simbólico, contribui ao sinalizar que o uso de estratégias de ensino que induzem a pessoa a reflexões sobre contextos nos quais existem agravos à saúde encontra-se em plano de invisibilidade na mente humana. Para a área da enfermagem, tais estratégias podem contribuir significativamente para estimular que o indivíduo adote ações para o autocuidado, por aproximá-lo da concretude de situações cotidianas de exposição. Dessa forma, sugere-se condução de pesquisa clínica para testar tal hipótese, inclusive para avaliar a efetividade do modelo teórico emerso deste estudo como

recurso educativo para tornar idosos despertos à prevenção de quedas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo, segundo a TDF, permitiu compreender a interação do idoso com queda seguida de fratura e, conseqüentemente, elaborar modelo teórico desse processo de vivência, denominado *reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur*. O modelo sinalizou o processo interacional idoso-queda-fratura ocorrendo num plano de invisibilidade mental e emergindo somente após a concretude do fato.

O estudo permitiu ainda reforçar a importância do planejamento de prevenção de quedas e fraturas desses idosos e do uso de estratégias de ensino que os conduzam à reflexão de possíveis situações de risco para o agravo e possam ficar atentos a elas no cotidiano.

Espera-se do profissional de enfermagem a incorporação, aos seus instrumentos de avaliação do idoso, de item que permita conhecer a concepção do mesmo sobre quedas e fraturas. O estudo propiciou averiguar que o conhecimento do que o idoso pensa a respeito dos riscos de quedas e de fraturas é um instrumento útil para auxiliar a implementar atividades de educação para a saúde e prevenção de quedas fundamentadas nos riscos do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Antes DL, D'orsi E, Benedette TRB. Circunstância e consequência das quedas em idosos de Florianópolis: EpiForipa Idoso 2009. Rev Bras Epidemiol[Internet]. 2013[cited 2016 Apr 20];16(2):469-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf>
2. Gomes GAO, Cintra FA, Batista FC, Neri AL, Guariento LE, Souza, MLR, et al. Elderly outpatient profile and predictors of falls. Med J[Internet]. 2013[cited 2016 Apr 20];131(1):13-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v131n1/1516-3180-spmj-131-01-13.pdf>
3. Calha A. A condição sénior no Sul da Europa e na Escandinávia. Saúde Soc[Internet]. 2015[cited 2016 Apr 20];24(1):527-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00527.pdf>
4. World Health Organization. Knowledge translation on ageing and health: a framework for policy development. [Internet]. 2012[cited 2016 Apr 20]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation.pdf
5. Demura S, Sato S, Shin S, Uchiyama M. Setting the criterion for fall risk screening for healthy community-dwelling elderly. Arch Gerontol Geriatr[Internet]. 2012[cited 2016 Apr 20];54(2):370-3. Available from: <http://www.pubfacts.com/fulltext/21570727/Setting-the-criterion-for-fall-risk-screening-for-healthy-community-dwelling-elderly>
6. Gomes EC, Marques AP, Leal MC, Barros BP. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2014[cited 2016 Apr 20];19(8):3543-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03543.pdf>
7. Secretaria de Estado de São Paulo (SP). Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo: Centro de Produção e Divulgação Científica; 2010.
8. Freitas MG, Bonolo FF, Moraes EM, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2015[cited 2016 May 15];20(3):701-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03543.pdf>
9. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira ML, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev Saúde Pública[Internet]. 2011[cited 2016 May 15];46(1):138-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3070.pdf>
10. Bekibele CO, Gureje O. Fall incidence in a population of elderly persons in Nigeria. Gerontology [Internet]. 2010[cited 2016 Apr 20];56(3):278-83. Available from: <http://www.karger.com/Article/Abstract/236327/abstract>
11. Fong KNK, Siu AMH, Yeung KA, Cheung SWS, Chan CCH. Falls among the community-living elderly people in Hong Kong: a retrospective study. HKJOT [Internet]. 2011[cited 2016 May 15];21(1):33-40. Available from: <http://hdl.handle.net/10397/22160>
12. Paula FL, Fonseca MJM, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). Rev Bras Epidemiol[Internet]. 2010[cited 2016 May 15];13(4):587-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/04.pdf>
13. Tarazona-Santabalbina FJ, Belenguer-Varea A, Rovira-Daudi E, Salcedo-Mahiques E, Cuesta-Peredó D, Doménech-Pascual JD, et al. Early interdisciplinary hospital intervention for elderly patients with hip fractures: functional outcome and mortality. Clinics[Internet]. 2012[cited 2016 May 15];67(6):547-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3370304>
14. Arliani GG, Astur DC, Linhares GK, Balbachevsky D, Fernandes HJA, Reis FB. Correlação entre o tempo cirúrgico e mortalidade em pacientes idosos com fratura de extremidade proximal do fêmur. Rev Bras Ortop[Internet]. 2011[cited 2016 Apr 20];46(2):189-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46n2/a13v46n2.pdf>
15. Caberlon; IC, Bós AJG. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2015[cited 2016 Apr 20];20(12):3743-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3743.pdf>
16. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICB. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev

- Saude Pública[Internet]. 2012[cited 2016 May 15];46(1):138-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3070.pdf>
17. Gasparoto PR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2014[cited 2016 May 15];17(1):201-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>
 18. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2008.
 19. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1989.
 20. Loganathan A, Ng CJ, Low WY. Views and experiences of Malaysian older persons about falls and their prevention: a qualitative study. *BMC Geriatr*[Internet]. 2016[cited 2016 Sep 12];16(97). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4858905/>.
 21. Weston JM, Norris EV, Clark EM. The invisible disease: making sense of an osteoporosis diagnosis in older age. *Qual Health Res*[Internet]. 2011[cited Sep 12];21(12):1692-704. Available From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810994>
 22. Alami S, Hervout L, Poiraudreau S, Briot k, Roux C. Barriers to effective postmenopausal osteoporosis treatment: a qualitative study of patients' and practitioners' vews. *PLoS One*[Internet]. 2016[cited Sep 12];11(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27355576>
 23. Chen S-F, Huang S-F, Lu L-T, Wang M-C, Liao J-Y, Guo J-L. Patterns of perspectives on fall-prevention beliefs by community-dwelling older adults: a Q method investigation. *BMC Geriatr*[Internet]. 2016[cited Sep 12];16(132). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936088>
 24. Fhon JRS, Fabricio-Wehb SCCF, Vendrusculo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. [Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity]. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2012[cited 2016 Apr 20];20(5):[8 pages]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_15.pdf Portuguese.
 25. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS. Quedas e capacidades funcional em idosos longevos residentes em comunidade. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 May 15];22(1):43-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf
 26. Carvalho CMR, Garcês JR, Menezes RL, Silva, ECF. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Rev Bras Gerontol*[Internet]. 2010[cited 2016 Apr 20];13(1):7-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a02v13n1.pdf>
 27. Lopes RA, Dias RC. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Rev ConScientiae Saúde*[Internet]. 2010[cited 2016 May 15];9(3):504-9. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180022.pdf>
 28. Yardley L, Bishop FL, Beyer N, Hauer K, Kempen GI, Piot-Ziegler C, et al. Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *Gerontologist*[Internet]. 2006[cited 2016 Apr 20];46(5):650-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17050756/abstract>
 29. Agmon M, Armon G. A cross-sectional study of the association between mobility test performance and personality among older adults. *BMC Geriatr*[Internet]. 2016[cited 2016 Jun 17];16(1). Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0272-8>
 30. Laing SS, Silver IF, York S, Phelan EA. Fall prevention knowledge, attitude, and practices of community stakeholders and older adults. *J Aging Res*[Internet]. 2011[cited 2016 May 20];2011[9 pages]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/395357/>.
-