



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS NA PERSPECTIVA
DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

JOÃO PESSOA – PB

2009

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS NA PERSPECTIVA
DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, inserido na linha de pesquisa Políticas Públicas de Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Antonia Oliveira Silva

JOÃO PESSOA – PB

2009

P659a Pinho, Tatyana Ataíde Melo de.
Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Perspectiva das
Representações Sociais / Tatyana Ataíde Melo de. - João Pessoa,
2009.

82f. : il.

Orientador: Antonia Oliveira Silva.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Representações sociais. 3. Envelhecimento. 4. Risco de quedas.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS NA PERSPECTIVA
DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Antonia Oliveira Silva – (UFPB) Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UESB) Membro

Prof^a Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha (UFPB) Membro

Prof^a Dr^a. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves (UFRN) Membro

Caminhar...

È expressão tão profunda e tão bela que não se aplica apenas à marcha que nossos pés realizam.

Caminhar é sinônimo de não parar, não se acomodar, avançar, progredir...

Caminhar na fé, na esperança, e principalmente no amor.

Caminhar: aproveitar a vida recebida e ganhar companheiros na caminhada...

HELDER CÂMARA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo dom de estar me tornando Mestre em Enfermagem, pela missão árdua e concomitantemente bela de melhorar a qualidade de vida das pessoas, pela busca do saber através da ciência, e principalmente pelas nossas mãos, nosso coração e nossa mente, que juntos formam um instrumento para tocar a canção da vida.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Antonia Oliveira Silva por ter prontamente me aceitado como orientanda, depositando sua confiança neste trabalho, pela paciência, dedicação e confiança prestada, contribuindo desta forma para o meu crescimento profissional.

Ao professor Jozemar P. Santos por toda dedicação, paciência e empenho em toda a parte estatística desse trabalho

Aos meus pais e as minhas irmãs, a quem tudo devo, pelo apoio nos momentos difíceis, pela compreensão das minhas tarefas, pela confiança depositada em mim, pela paciência nos momentos estressantes e pela atenção e carinho que sempre me proporcionaram.

A minha irmã Mariana Ataíde por todo o trabalho em corrigir o português da dissertação.

Expresso o meu respeito e minha amizade a minha amiga, Sandra Nagaumi Gurgel, pela admirável paciência e ajuda nesse trabalho.

Agradecer a amiga Olívia Galvão Lucena Ferreira pela ajuda prestada desde o início.

À minha amiga e sempre professora Karina Pereira Diniz por toda atenção e participação na reta final desse trabalho.

Aos meus sócios (Ana Edite e Enoque) e a todos da Vivance pela compreensão e ajuda prestada.

À minha amiga Márcia Rique pela sua ajuda no início da coleta de dados. Foi através dela que eu conheci as agentes de saúde, as médicas e as enfermeiras responsáveis pela unidade de saúde “Viver Bem”.

Aos colegas do mestrado (Kátia, Meryele e todos os outros que me ajudaram), e a todos os amigos que de forma significativa, compartilharam momentos que ultrapassaram os muros da academia.

A todos os profissionais da unidade de saúde da família, principalmente aos agentes comunitários de saúde. E a todos os idosos que participaram das entrevistas.

RESUMO

PINHO, T.A.M. **Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Perspectiva das Representações Sociais.** 2009 82f Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: Nas últimas décadas têm-se verificado que a população mundial vem envelhecendo de forma abrupta, e a expectativa é que a longevidade aumente cada vez mais e num curto espaço de tempo. Esta situação representa um grande desafio para os órgãos competentes e também para a sociedade, evidenciando a necessidade da criação de novas políticas públicas de saúde, com o intuito de oferecer uma melhor qualidade de vida a esses idosos. Um dos fatores que pode influenciar na diminuição da qualidade de vida dessas pessoas é a queda, que atualmente, em virtude da sua alta incidência, mortalidade, morbidade, e altos custos sociais e econômicos, constitui um grave problema de saúde pública.

Objetivos: conhecer as representações sociais dos idosos atendidos nas unidades básicas de saúde sobre envelhecimento e risco de quedas e avaliar o risco de quedas em idosos.

Metodologia: trata-se de um estudo exploratório em uma abordagem quanti-qualitativa, realizado no território da unidade de saúde da família (USF) “Viver Bem”, localizada no bairro Treze de Maio, na cidade de João Pessoa-PB. A amostra composta por cento e cinquenta idosos ocorreu por conveniência. Foram utilizados como instrumentos uma entrevista semiestruturada e o *Fall Risk Score* para avaliar o risco de quedas. O período de coleta de dados foi de janeiro a abril de 2009. Os dados coletados das entrevistas foram analisados a partir do Alceste 4.8 para a apreensão das representações sociais sobre envelhecimento e risco de queda, em seguida interpretado segundo o aporte teórico das representações sociais e para a análise do *Fall Risk Score* utilizou-se o SPSS 17.0.

Resultados: A análise a partir do Alceste 4.8 reteve 419 UCE's (64,4%), dividindo o corpus em cinco classes. As representações dos idosos sobre o risco de quedas e envelhecimento foram permeadas por dimensões muito mais negativas que positivas, como doença, incapacidade, dependência, solidão, tristeza, sendo representados como «perdas» e «incapacidades», demonstrando as dificuldades vivenciadas pelos idosos do estudo frente a essa fase da vida.. Percebeu-se que a maioria dos idosos (58,8%), deste estudo não sofreu quedas, sendo que, dos 63 idosos que caíram, 71,4% relataram ter sofrido de 1 a 2 quedas, e a principal causa intrínseca foi a tontura/vertigem, enquanto que a extrínseca foi pisos escorregadios ou molhados. Os dados coletados e analisados foram interpretados subsidiados do referencial teórico das representações sociais.

Considerações Finais: é de grande relevância a avaliação do risco de queda em idosos na perspectiva das representações sociais, para que sirvam de subsídios para realização de medidas preventivas que visem a maximização da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Enfermagem; Representações Sociais; Envelhecimento; Risco de quedas.

ABSTRACT

PINHO, T.A.M. **Evaluation of the Risk of Falls in Elderly in the Perspective of the Social Representations.** 2009 82p Dissertation (Masters). Center of Health Sciences, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introduction: In the last decades it is been verified that the world population has been aging in an abrupt form, and the expectancy is that the longevity increase more and more and in a short period of time. This situation represents a great challenge for the competent organs and also for the society, highlighting the necessity of the creation of new public policies of health, aiming to offer a better quality of life to these elderly. One of the factors that can influence in the reduction of the quality of life of these people is the fall, which at the moment, due to high incidence, mortality, morbidity, and high social and economic costs, constitutes a serious problem of public health. **Objectives:** Knowing the social representations of the elderly attended in the health basic units about aging and risk of falls and evaluating the risk of falls in elderly. **Methodology:** It is an exploratory study in a quantitative-qualitative approach, done in the territory of the health family unit (HFU) "Live Well", located in the neighborhood Treze de Maio, in the city of João Pessoa – PB. The sample composed of one hundred and fifty elderly happened by convenience. As instruments an interview semi structured and the *Fall Risk Score* were used to evaluate the risk of falls. The period of data collection happened from January to April of 2009. The data collected of the interviews were analyzed from the Alceste 4.8 for the apprehension of the social representations about aging and risk of fall, afterwards interpreted according to the theoretical contribution of the social representations and for the analysis of the *Fall Risk Score* the SPSS 17.0. was used. **Results:** The analysis from the Alceste 4.8 retained 419 UCE'S (64,4%), dividing the corpus in five classes. The representations of the elderly about the risk of falls and aging were permeated by dimensions much more negative than positive, like diseases, incapacities, dependence, loneliness, sadness, being represented as <<losses>> and <<incapacities>>, showing the difficulties lived by the elderly of the study facing this phase of the life. It was realized that most of the elderly (58,8%), of this study did not suffer falls, being, 63 of the elderly who fell, 71,4% said to have fallen once or twice, and the main intrinsic cause was dizziness/vertigo, while the extrinsic were sliding or wet floors. The data collected and analyzed were interpreted subsidized of the theoretical referential of the social representations. **Final Considerations:** The evaluation of risk of falls has a great importance in elderly in the perspective of the social representations, so that it serves of subsidies for the realization of preventive actions which aim the maximization of the quality of life of this population.

Key-Words: Nursing; Social Representations; Aging; Risk of Fall.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AVD - Atividade Da Vida Diária

ACS – Agente Comunitário De Saúde

AFC – Análise Fatorial De Correspondência

ALCESTE - Análise Lexical Por Contexto De Um Conjunto De Segmentos De Textos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

F1 - Fator 1

F2 - Fator 2

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

POMA - Performace Oriented Mobility Assessment

PNI - Política Nacional dos Idosos

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação em Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UCI - Unidades de Contexto Iniciais

UCE - Unidade de Contexto Elementar

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	43
Gráfico 2 - Plano Fatorial de Correspondência das Representações sobre Envelhecimento e Risco de Quedas, elaboradas pelos idosos a partir do Alceste.....	57
Gráfico 3 - Fatores intrínsecos e extrínsecos de queda nos idosos pesquisados.....	58

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Distribuição das classes ou categorias semânticas.....	44
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos idosos com relação à faixa etária (n = 150).....	39
Tabela 2 - Perfil dos idosos com relação ao sexo (n = 150).....	39
Tabela 3 - Perfil dos idosos com relação ao estado civil (n = 150).....	40
Tabela 4 - Perfil dos idosos com relação à escolaridade (n = 150).....	40
Tabela 5 - Perfil dos idosos com relação à renda (n = 150).....	41
Tabela 6 - Perfil dos idosos com relação ao tipo de moradia (n = 150).....	41
Tabela 7 - Distribuição dos idosos com relação a situação de moradia.....	42
Tabela 8 - Distribuição das UCE's e suas contribuições nas Classes/Categorias Temáticas.....	45
Tabela 9 - Distribuição dos contextos analisados na classe 1.....	46
Tabela 10 - Distribuição dos contextos analisados na classe 2.....	49
Tabela 11 - Distribuição dos contextos analisados na classe 3.....	51
Tabela 12 - Distribuição dos contextos analisados na classe 4.....	53
Tabela 13 - Distribuição dos contextos analisados na classe 5.....	55
Tabela 14 - Distribuição conjunta das variáveis sócio-demográficas (faixa etária, sexo e estado civil) dos idosos <i>versus</i> risco de quedas.....	59

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
CAPÍTULO 2: BASES TEÓRICAS GERAIS.....	19
2.1 Aspectos Gerais Sobre o Envelhecimento e Quedas.....	20
2.2 Representações Sociais.....	26
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
3.1 Tipo de Estudo.....	32
3.2 Local do Estudo.....	32
3.3 População e Amostra.....	33
3.4 Instrumentos Utilizados para Coleta, Procedimento de Aplicação e Análise dos Dados.....	34
3.4.1 Entrevista semiestruturada.....	34
3.4.2 Instrumento de avaliação de risco de quedas em idoso.....	36
3.5 Aspectos Éticos.....	37
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 Os Sujeitos do Estudo.....	39
4.2 Resultados Obtidos a Partir do Alceste.....	42
4.2.1 As classes e suas descrições.....	46
4.3 Avaliação do Risco de Quedas dos Idosos Entrevistados.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE.....	71
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	72
ANEXOS.....	79
ANEXO A – INSTRUMENTO <i>FALL RISK SCORE</i>.....	80
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, ocorreram modificações significativas nas condições socioeconômicas, de saúde e conseqüentemente na estrutura demográfica, levando a um crescimento exagerado da população de idosos no Brasil. Com isso, surge uma grande preocupação nas diversas áreas do conhecimento, pois essa população representa um grupo bastante diferenciado em relação aos demais grupos etários, despertando o interesse de muitos estudiosos acerca da temática sobre o envelhecimento.

A idéia de desenvolver um estudo relacionado ao envelhecimento surgiu desde a época da universidade, quando ainda cursava Fisioterapia na Unipê. Na graduação, realizamos um trabalho sobre quedas em idosos na disciplina de Geriatria. A continuidade desta temática culminou com a elaboração de protocolos para intervenção do risco de quedas em idosos, no intuito de utilizar exercícios físicos para evitar as quedas. Já durante o Curso de Especialização em Fisioterapia Neurofuncional, oferecido pela Universidade Estadual de Campina Grande, deu-se segmento da temática com estágios na área de geriatria, essa vivência com os idosos fez com que pudéssemos avaliar melhor as necessidades desses indivíduos.

A necessidade de conhecer as representações sociais dos idosos sobre envelhecimento e risco de quedas surgiu através participação no Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS. A partir daí, eu consegui ingressar no mestrado de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba mestrado, busquei, então, mais uma vez dar andamento aos estudos relativos ao envelhecimento, focando-o sob o prisma da representação social do envelhecimento e do risco de quedas e idosos.

Em virtude disso, surgiram então algumas especulações: qual seria representação social do envelhecimento e do risco de quedas, será que essas representações tinham influência no risco de quedas. Desta forma, procurei mostrar, através desse estudo feito com idosos da Unidade de Saúde da Família “Viver Bem”, localizada no bairro treze de maio em João Pessoa-PB, as representações sociais do envelhecimento e risco de quedas, assim como avaliar o risco de quedas dessa população

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais, cuja contribuição tem sido significativa à compreensão de diversos fenômenos, apresenta-se como um referencial importante no estudo do envelhecimento e do risco de quedas. Pois, conhecer o risco de quedas em idosos na perspectiva das representações sociais, a partir das concepções cognitiva, afetiva e social, compreendendo as vivências, atitudes e percepções dos idosos, sob a forma de imagens, constitui o objeto desse estudo.

As representações sociais do risco de quedas em idosos e do envelhecimento determinam um modo de conhecimento particular, direcionado à comunicação e compreensão do grupo social no qual se inserem esses idosos. Estes são responsáveis por construir um saber prático, expresso através de suas ações, que podem ser manifestadas por meio de conceitos e categorias, contribuindo para a construção da realidade social e vivenciada no senso comum.

Dessa forma, faz-se necessário um maior aprofundamento no conhecimento das representações, pensamentos e nos valores que possam proporcionar à população idosa um envelhecimento ativo e saudável. Para tanto, o presente estudo guiar-se-á nessa direção e será desenvolvido na forma de capítulos com o seguinte delineamento: Capítulo I - *Construção do Objeto de Estudo* - apresenta a temática de estudo, justificativa pelo objeto de estudo, problemática, questionamentos e objetivos; Capítulo II - *Bases Teóricas Gerais* – aborda a fundamentação teórica que subsidiará a pesquisa, contextualizando os aspectos gerais sobre o envelhecimento populacional, o risco de quedas nos idosos e as representações sociais, articulando com o risco de quedas; Capítulo III - *Percurso Metodológico* – descreve a metodologia empregada; Capítulo IV - *Resultados e Discussão* - apresenta os sujeitos estudados, as representações sociais sobre envelhecimento e risco de quedas e a avaliação do risco de quedas nos idosos, finalizando com as considerações finais do estudo.

CAPÍTULO 1

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades mundiais. Esse fenômeno pode ser associado a uma diminuição das taxas de natalidade e fecundidade, ao aumento da expectativa de vida e também a uma queda das taxas de mortalidade. Essa situação pode está associada à melhoria nas condições de vida como implantação do saneamento urbano, melhora nas condições nutricionais e desenvolvimento de novas tecnologias médicas, permitindo uma melhora expressiva nas condições de vida, contribuindo para a queda da mortalidade por doenças infecciosas (KELLER, *et al.*, 2002).

A população vive um processo de transição e essa situação traz repercussões tanto para a sociedade, quanto para o sistema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, que muitas vezes não estão preparados para o atendimento frente a esse envelhecimento. Logo, a longevidade é uma bênção, porém também é um dos grandes desafios e a forma como ela vem ocorrendo nos diversos países, tem sido marcada por diferenças importantes. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu de forma lenta e gradativa, associado às melhorias nas condições de vida, já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo foi abrupto, muito rápido, sem tempo para uma reestruturação adequada, para atender de maneira digna às demandas emergentes.

O envelhecimento é um fenômeno natural da vida, que varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente, ou pela situação nutricional de cada um. Esse avanço da idade é acompanhado por mudanças ou transformações previsíveis em praticamente todos os órgãos e sistemas, levando a diminuição das reservas funcionais. Essas mudanças não podem ser evitadas, no entanto, podem ser reduzidas ou ter seu aparecimento retardado, através da prática de exercício físico e hábitos de vida saudáveis (NERI; CACHIONI, 1999).

É sabido que a população nos países em desenvolvimento vem crescendo de maneira rápida e desorganizada, diferente do que sempre ocorreu nos países desenvolvidos, o que constitui um grande desafio não só para o Estado, mas para a sociedade como um todo, já que exige-se novas demandas por políticas públicas, a fim de se prestar melhores cuidados à população idosa. O Brasil é um destes países com aumento constante na população idosa. Tal situação tem se tornado fonte frequente de pesquisas (OMS; IBGE, 2000), com ênfase na atenção à saúde do idoso, que se apresenta como uma questão de saúde pública a ser melhor explorada. Dentro desse contexto, encontra-se a Paraíba, ocupando o terceiro lugar em número de idosos.

À medida que a expectativa de vida aumenta, a população envelhece cada vez mais, e cresce a prevalência de doenças crônico-degenerativas e de fatores que podem expor o idoso a uma menor qualidade de vida (BELTRÃO; CAMARANO, 2000). A queda é considerada um desses fatores, e a sua causa pode estar diretamente ligada às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, como a diminuição da força muscular, déficit de equilíbrio, visão e audição, dentre outras (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Considerando a alta incidência, mortalidade e morbidade, e os custos sociais e econômicos decorrentes das quedas, pode-se afirmar que a relação entre envelhecimento e queda se apresenta como um problema de saúde pública, e que o número de pesquisas sobre o tema ainda é insuficiente.

Apesar da escassez de estudos que retratem a representação social do risco de quedas em idosos, esse tema é de suma importância para o conhecimento dos aspectos subjetivos associados a esse evento. A investigação das representações sociais sobre o processo de envelhecimento e sobre o risco de quedas nesses idosos remete-nos, assim, a uma “teoria popular”, a um conhecimento particular acerca desse fenômeno entre o grupo selecionado, elaborado a partir de suas experiências de vida num contexto sociocultural determinado.

A teoria das representações sociais constitui um aporte teórico importante na apreensão de conhecimentos elaborados e compartilhados acerca do envelhecimento e do risco de quedas, uma vez que possibilitam que os sujeitos associem conceitos ou fenômenos à velhice e à queda, responsáveis pela forma como a realidade empírica os abstrai e lhes dá sentido. Essa associação de significados é decorrente das experiências de vida de cada indivíduo com o envelhecimento e o risco de quedas, e dependerá da forma como os mesmos forem introduzidos no meio social.

Logo, conhecer a representação social que os idosos têm sobre envelhecimento e risco de queda, possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial importante no seu atendimento, proporcionando identificar os sujeitos mais susceptíveis a cair, os fatores de risco que podem acarretar em quedas, assim como as possíveis necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão e inclusão na sociedade. Tudo isso é importante na implementação de ações que proporcionem práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a esta população, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, tanto em termos de qualidade de vida da população idosa, quanto dos gastos públicos representados pelas fraturas e internações decorrentes de tais eventos, sentiu-se a necessidade de conhecer a representação social dos idosos sobre o envelhecimento

e os riscos de queda, pois a busca por fatores causais permite o melhor manejo dos idosos, previne novos eventos e trata doenças associadas, evitando comorbidades e o surgimento de incapacidades.

Nesses aspectos, procurar-se-á fazer um estudo mais aprofundado dos fatores de riscos mais frequentes das quedas em idosos, como também serão apreendidas representações sociais sobre envelhecimento e risco de quedas dos idosos da unidade “viver bem”.

Assim sendo, questiona-se: quais as representações sociais sobre envelhecimento e risco de quedas construídas pelos idosos atendidos na Unidade de Saúde da Família “viver Bem”, e quais os riscos de quedas para os idosos?

Portanto, para responder a esses questionamentos esse estudo tem por **objetivos** conhecer as representações sociais dos idosos sobre envelhecimento e risco de quedas, e avaliar o risco de quedas em idosos.

CAPÍTULO 2

BASES TEÓRICAS GERAIS

2.1 Aspectos Gerais Sobre o Envelhecimento e Quedas

O envelhecimento pode ser definido como uma fase da vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas. Todos os indivíduos apresentam um determinismo biológico, ou seja, nascem, crescem, amadurecem, envelhecem, declinam e morrem. Mas, o tempo e a forma que essas fases são processadas irão depender de diversos fatores, como biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, fazendo com que cada um atinja as diferentes etapas do envelhecimento com maior ou menor êxito (CAMARANO, 2002).

A Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2003) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

O envelhecimento foi marcado de forma diferente entre os países. Nos países desenvolvidos, ocorreu de maneira gradativa e ao longo dos séculos, como consequência da melhoria das condições de vida e trabalho, do nível educacional e da assistência à saúde, resultando numa diminuição gradual da mortalidade. A França, por exemplo, levou 120 anos para elevar a população idosa de 7% para 14% (VIERA; NASCENTES, 2004). Já nos países em desenvolvimento, o envelhecimento ocorreu de forma abrupta, sendo marcado pelos avanços técnico-científicos no desenvolvimento de melhores tratamentos e intervenções frente às doenças e agravos à saúde, levando a redução das taxas de fecundidade, e de mortalidade acima dos 60 anos. Todos esses aspectos contribuem de forma significativa para o aumento expressivo da proporção de idosos nesses países. Dentre os países da América Latina, o Brasil assume uma posição intermediária, com um número de idosos correspondendo a 8,6% da população total (CARVALHO, 2003).

Segundo dados do Censo de 2000, indivíduos com idade acima de 60 anos representam 8,56% da população brasileira, e destes 55% são mulheres. A expectativa de vida dessa população foi estimada em 68 anos e sete meses. A média de vida dos homens é de 64,8 anos, e, a das mulheres 72,6 anos (IBGE, 2000).

De 1990 a 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população em sua totalidade, mostrando que o crescimento da população idosa tem sido maior que o crescimento total da população (CARVALHO FILHO;

PAPALÉO NETTO, 2006). O Brasil ocupará, em 2025, o sexto lugar em número de idosos, totalizando cerca de 32 milhões de idosos, representando um aumento de 15 vezes dessa população, enquanto a população geral crescerá apenas 5 vezes nesse mesmo período. A Paraíba ocupa o terceiro lugar no Brasil e, é o primeiro Estado com maior número de idosos no Nordeste. Em João Pessoa, os idosos representam 7,36% da população, atingindo o equivalente a 40.446 pessoas (OMS, 2000).

A demanda social de idosos tem gerado altos custos para o Estado, decorrentes de despesas com a saúde desses indivíduos, o que é demonstrado, através do número de internações, atendimentos, exames e medicações, ficando claro a falta de investimento nos programas de prevenção para garantir a todos um envelhecimento saudável com manutenção da capacidade funcional, autonomia e melhor qualidade de vida.

No Brasil, a preocupação com o envelhecimento populacional tem se traduzido em políticas, programas e projetos para atender as demandas existentes. Dentre as iniciativas de proteção à pessoa idosa, outorgadas pelo Estado, destaca-se a Constituição de 1988, a qual ampara socialmente os idosos; a Política Nacional dos Idosos; Política Nacional de Saúde do Idoso; e o Estatuto dos Idosos de 2003 (BRASIL, 1988, 1990, 1996, 2006).

A Lei 8.842/94 previu a Política Nacional dos Idosos – PNI. Esta política tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde do Idoso, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do SUS; e, estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS (BRASIL, 2002).

O Projeto de Lei nº 3561/1997, dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Segundo o mesmo, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio dos idosos com as demais gerações. O Art. 15 do estatuto dispõe que: “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. O Art. 18 do estatuto prevê que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) tem por objetivo a promoção do envelhecimento saudável, manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, a

prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (BRASIL, 2006). Essa política assume que o principal problema que pode afetar os idosos é a perda da capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Percebe-se, dessa forma, que do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, existindo leis, normas, programas e diretrizes a serem seguidas e implementadas. Porém, desde a sua formulação, esse processo ainda não se fez de forma adequada em vários estados e municípios, havendo muito a ser trabalhado ainda.

Dessa forma, as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento devem se preocupar com fatores que determinem um envelhecimento ativo, como, por exemplo, promover estilos de vida mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecer a prática de atividades físicas, a prevenção às situações de violência, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco. O envelhecimento ativo se apóia nos direitos humanos, na participação, na assistência, na autorealização e nos princípios da independência (OMS, 2005).

Ainda para a OMS (2005, p. 13), o “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Qualidade de vida é definida pela OMS como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida está extremamente relacionada à autonomia e independência no envelhecimento, assim como aos riscos e oportunidades vivenciados, às opções saudáveis e ambientes de apoio no percurso da vida e o apoio informal, enfatizando a responsabilidade no autocuidado, os ambientes amistosos e a solidariedade entre gerações.

Um dos fatores que diminuem a independência nos idosos são as complicações decorrentes de quedas, ocasionando um decréscimo na sua capacidade funcional, aumento das hospitalizações, medo de cair novamente, tornando-os mais dependentes, e diminuindo assim a sua qualidade de vida. Logo, faz-se necessário discutir a respeito de eventos tão frequentes como a ocorrência de quedas em idosos.

A queda é um evento comum e muito temido pela maioria dos idosos, devido às consequências que podem acarretar como, declínio funcional, insegurança, isolamento social, levar à institucionalização e, muitas vezes, a óbito. Ela pode ser definida como 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. Eventos associados à perda de consciência, lesão

cerebrovascular aguda, acidente de carro, atividade recreativa vigorosa ou violência, frequentemente são excluídas da definição de quedas em idosos (GANANÇA, 2006)

Nos países ocidentais, cerca de 30% dos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, caem ao menos uma vez ao ano, e, aproximadamente metade desse valor sofre duas ou mais quedas. Essa frequência é menor nos países orientais, nos quais cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao ano, e apenas 7,2% caem de forma recorrente. Esse evento constitui a sexta causa de morte entre pessoas acima de 65 anos, e os resultados não fatais incluem os danos físicos, medo de cair novamente, incapacidade funcional e institucionalizações. No Brasil, um estudo realizado em São Paulo, mostrou que a frequência de quedas foi de 32,7%, e de quedas recorrentes em idosos comunitários foi de 13,9% (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Autores como Tinetti (2003), Pereira *et al.*, (2001), Schiaveto (2008) relatam que existe uma incidência maior de quedas em mulheres até os 75 anos, e que, após esta idade, as chances são similares em ambos os sexos. Esse fato permanece ainda pouco esclarecido na literatura, mas são sugeridas como causas a maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, bem como a maior prevalência de doenças crônicas e maior exposição a atividades domésticas, aumentando assim a possibilidade de quedas.

As quedas, além de serem um evento muito comum, podem resultar em sérios prejuízos, levando, em alguns casos, a morte. Sua frequência é muito mais alta do que se imagina, uma vez que os idosos aceitam as quedas como um acontecimento próprio do envelhecimento e só as relatam quando ocorrem conseqüências mais sérias.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2000, o índice de mortalidade hospitalar em decorrência de quedas foi de 2,6%. Pesquisas mostram um aumento, em cerca de 50%, na mortalidade entre os idosos que sofreram queda no ano subsequente à mesma (FULLER, 2000). Alguns autores como Kelly (2003), Barbosa e Nascimento (2001) afirmam que metade dos idosos que sofrem fratura de quadril, em decorrência de quedas, ficam incapacitados e, desses, 25% morrerão em menos de seis meses. Isso mostra o impacto negativo causado por esse agravo, na sobrevivência e na qualidade de vida dessa população.

No Brasil, em 1986, estimava-se que 10 a 12% das fraturas foram decorrentes de quedas devido à osteoporose, destas, de 4 a 8% eram fratura de colo de fêmur, sendo necessário hospitalização e intervenção cirúrgica em 70 a 80% dos casos (PAPALÉO NETTO, 2002). Estudos americanos mostram que, em 1996, mais de 250.000 idosos sofreram fratura de quadril, sendo que 90% foram decorrentes de quedas, acarretando um gasto de 10 bilhões de dólares (FULLER, 2000).

Existem na literatura poucos estudos que estimem com precisão os gastos com as lesões decorrentes das quedas, porque nem sempre essa ocorrência leva o idoso a um serviço de emergência, fazendo com que apenas os custos hospitalares sejam computados.

Segundo Perracini e Ramos (2002) as quedas podem ser classificadas pela frequência do evento (em queda acidental e queda recorrente), pelo tipo de consequência (em lesões graves e lesões leves) e pelo tempo de permanência no chão (em queda prolongada e a queda rápida).

A queda acidental é aquele evento único que dificilmente voltará a se repetir, podendo ser decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso escorregadio, um degrau sem sinalização ou devido a atitudes de risco. Já a queda recorrente expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, poli farmácia, distúrbios do equilíbrio corporal, déficits sensoriais, dentre outros.

Pelo tipo de consequência, a queda pode ser dividida em: quedas com lesões graves, que são aquelas que resultam em fratura, trauma cranioencefálico ou luxação; e as com lesões leves, que são aquelas que apresentam abrasões, cortes, escoriações e hematomas.

De acordo com o tempo de permanência no chão, a queda pode ser prolongada, quando o idoso permanece caído de 15 a 20 minutos por incapacidade de se levantar sem ajuda. Há ainda, a classificação de acordo com o tempo de permanência no chão. Os idosos que são mais predispostos a sofrerem quedas prolongadas são os idosos com 80 anos ou mais, com dificuldade em atividades da vida diária, que têm disfunções em membros inferiores, tomam sedativos e moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados. E a queda rápida é quando o idoso cai e consegue se levantar sozinho, passando pouco tempo no chão (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Massud e Moris (2001) propuseram a seguinte classificação para as quedas: caidor, caidor recorrente e não caidor. O caidor é aquele indivíduo que sofreu uma queda dentro de seis meses a um ano. O recorrente caiu duas ou mais vezes no mesmo período descrito anteriormente. E o último, nunca caiu.

De acordo com Ribeiro (2008), aproximadamente, 88,5% dos idosos que sofreram queda tinham receio de cair novamente, 24% sofreram fraturas, 24,3% tiveram que abandonar suas atividades, 26,9% modificaram seus hábitos e 23,1% desenvolveram síndrome do imobilismo.

A etiologia das quedas é multifatorial, ou seja, causada pela interação cumulativa de fatores intrínsecos, os quais estão diretamente ligados ao envelhecimento, e de fatores

extrínsecos, decorrentes de comportamentos e do ambiente. Considera-se um grande desafio identificar os possíveis fatores de risco relacionados a esse evento, bem como tratar dos seus fatores etiológicos. Para Vassalo *et. al.*, (2005), faz-se necessário identificar os fatores de risco envolvidos na queda, para que medidas preventivas sejam estabelecidas rapidamente, no intuito de corrigir os fatores que podem ser modificados, reduzindo assim a ocorrência de quedas, bem como as suas limitações.

Dentre os principais fatores intrínsecos podemos citar as mudanças físicas e mentais relacionadas à idade, diminuição da capacidade funcional, aparecimento de doenças crônicas, alteração do equilíbrio, doenças osteoarticulares, inatividade, alteração da visão e da audição, e vertigem. Outro grande problema está associado à perda de força muscular, uma vez que a sarcopenia e o enfraquecimento muscular é uma característica universal do envelhecimento. Para estudiosos como Pereira *et al.*, (2001), Fabrício (2002) e Honeycutt e Ramsey (2002), o enfraquecimento muscular é referido como uma das causas mais comuns de incapacidade funcional na comunidade, predispondo os idosos às quedas e às limitações funcionais

Os fatores extrínsecos mais encontrados foram os riscos relacionados ao ambiente como escadas, degraus, má iluminação superfícies irregulares, tapetes, piso escorregadio, calçados inadequados e falta de adaptação no banheiro (MESSIAS; NEVES, 2009).

Nos estudos de Rubenstein (2002), Perracini e Ramos (2002), Fabrício (2002) e Schiaveto (2008), os principais fatores de risco apresentados como determinantes de quedas foram a presença de fraqueza muscular, história de quedas, déficit de marcha e de equilíbrio, uso de dispositivo de auxílio à marcha, déficit visual, comprometimento das atividades da vida diária, depressão, declínio cognitivo e idade igual ou superior a 80 anos. E as causas mais frequentes foram acidentais ou relacionadas ao ambiente, distúrbios do equilíbrio e marcha, fraqueza muscular, tontura e vertigem, dor, medicamentos, hipotensão postural, distúrbios visuais, queda da cama e síncope.

As intervenções mais eficazes se baseiam na identificação precoce dos idosos com maior chance de sofrerem quedas e, particularmente, aqueles que, além do risco de queda, apresentem também um risco aumentado de sofrerem lesões graves decorrentes da mesma. Dessa forma, faz-se necessário realizar uma avaliação criteriosa, objetivando descobrir as causas das quedas e fatores relacionados à mesma. Enfim, essa procura pelos fatores etiológicos contribui para a adequada intervenção na vida dos idosos, trata doenças associadas e previne novos eventos, evitando comorbidades e o escalonamento de incapacidades. Tais intervenções devem ser multifatoriais, enfatizando exercícios para treinamento de marcha e

equilíbrio, modificações nos medicamentos utilizados, e no ambiente físico, deixando-o mais seguro (MACHADO *et. al.*, 2009).

Avaliar o risco de quedas na perspectiva das representações sociais nada mais é do que identificar a representação social dos idosos com relação ao envelhecimento e risco de quedas. Logo, compreender o significado do envelhecimento e do risco de quedas para os idosos, conhecendo a representação que eles fazem a respeito desse evento, torna-se fundamental para uma intervenção mais precisa e eficaz.

2.2 Representação Social

As representações sociais são responsáveis por organizar as relações do indivíduo com o mundo e orientar as suas condutas e comportamentos no meio social. Esse sistema de interpretação da realidade é solidificado nas formas de comunicação social, possibilitando que os sujeitos, ao permitirem interiorizar suas experiências, práticas sociais e os modelos de conduta adotados, construam e apropriem-se dos objetos/fenômenos socializados. Elas podem ser consideradas como formas de conhecimento elaboradas e produzidas por grupos de indivíduos, para poderem se comunicar e entender aquilo que não lhes é familiar. Ou seja, constituem formas de pensar e explicar a realidade e assuntos sociais, através de diálogos e imagens cotidianas, construídas ao longo da vida, “domando assim o desconhecido” (MOSCOVICI, 2003).

Através do seu estudo sobre a psicanálise, Moscovici (1978) buscou compreender como se transforma um conhecimento científico e técnico, quando passa do domínio de um especialista ao domínio do sentido comum, como o público a representa e modela e, por quais vias se constitui a imagem que dela se tem, tendo como desafio desenvolver o estudo da Teoria das Representações Sociais dentro de uma metodologia científica. Portanto, as representações sociais se referem à noção de processos psicossociais que determinam a produção do comportamento e das relações com o meio ambiente, desencadeando modificações numa dinâmica constante.

É importante destacar que uma imagem, por exemplo, pode corresponder a uma representação, mas uma representação não é uma imagem. Assim, os fenômenos perceptivos, imagens, as opiniões, crenças ou atitudes que formam o tecido atômico das representações sociais somente adquirem estruturação lógica no entrelaçamento

dos vínculos entre estes elementos, o que possibilita a atribuição de significação aos processos psicossociais (NÓBREGA, 2003. p.59).

O conceito da representação social surgiu a partir de duas problemáticas: uma específica e outra geral. A primeira diz respeito a como a teoria científica é apropriada, transformada e utilizada pelo homem comum; e a segunda retrata como se constrói um mundo significante. As representações podem ser consideradas fatores constituintes do estímulo e modeladores da resposta, não sendo apenas mediadores entre os estímulos e as respostas. Uma vez constituída a representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação (VALA, 2002).

Jesuino (2003) diz que as representações podem ser consideradas como modelos de pensamentos práticos, orientados pela consciência, compreensão e domínio do meio social, materializados e idealizados. São imagens que unem um conjunto de significados, permitindo interpretar o que ocorre com as pessoas e dar sentido ao inesperado. Também podem ser entendidas como categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e as pessoas com as quais nos relacionamos, constituindo-se em teorias que permitem estabelecer opiniões.

Na visão de Nóbrega (2003), representação social é uma instância intermediária entre conceito e percepção, situando-se sobre as dimensões de atitudes, informações e de imagens, contribuindo para a formação das condutas e orientação das comunicações sociais, ordenando-se nas diferentes modalidades de comunicação como a difusão, a propagação e a propaganda.

Já na opinião de ABRIC (2001), a representação é um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações referentes a um objeto ou a uma situação. As visões dos dois últimos autores mostram que Durkheim elabora o conceito de representações coletivas, no qual propõe um conjunto sistemático de elementos, buscando explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais, ou seja, uma gama de diferentes formas de pensamentos e de saberes partilhados coletivamente como crenças, mitos, ciência e religião.

A representação coletiva é explicada por Durkheim pela maneira na qual o grupo pensa nas suas relações com os objetos que o afetam, possuindo suas próprias leis e pertencendo a uma outra natureza, que é diferenciada do pensamento individual. Moscovici (1978) transforma a idéia de conhecimento socialmente elaborado e partilhado em saber prático do senso comum. Dessa maneira, ele substitui a noção de representações coletivas

pelo conceito de representações sociais, razão justificada tanto pela diversidade quanto pela origem dos indivíduos e dos grupos sociais.

O caráter inovador do conceito de representação social foi descobrir no senso comum o pensamento representativo como processo mediador de novos conhecimentos e, conseqüentemente, um instrumento gerador de ações nas relações sociais. Ou seja, o senso comum, apesar de não ter compromisso com a realidade objetiva dos fatos e de não se preocupar com a comprovação, é capaz de justificar, orientar comportamentos de um grupo ou sociedade, pode ser considerado uma forma de conhecimento do mundo construída a partir de conjuntos de significados, que permitem dar sentido ao desconhecido. Esse processo partilhado no interior de grupos compõe um saber geral e funcional para as pessoas (ALEXANDRE, 2000).

Para Melo e Gouveia (2001), é importante que fique clara a distância entre os conceitos desses dois tipos de representação, mesmo sabendo da relevância que o conceito de representação coletiva teve na elaboração da teoria da representação social, já que a primeira se detém a uma dimensão sociológica, enquanto a segunda engloba outras dimensões, inclusive a sociológica com a psicológica. Além disso, os fenômenos de interesse estudados pelos autores das diferentes teorias não são os mesmos. Horochovski (2004), ainda acrescenta que a representação coletiva deixa de ser um conceito que apenas explica o conhecimento e crenças de um grupo para se tornar um fenômeno que necessita de explicações e que se torna formador de conhecimento.

As representações estão inseridas em um movimento contínuo das ondas de comunicação, as quais “circulam nos discursos em que dançam as palavras numa coreografia de idéias e de imagens, que se materializam nas condutas” (NÓBREGA, 2003. p.70). A comunicação social é o veículo responsável pela formação das representações sociais, determinando o processo representacional, que pode ser estruturado em três níveis: cognitivo que se refere ao acesso desigual das informações, interesses ou implicação dos sujeitos; formação das representações sociais (objetivação e ancoragem); e por fim a edificação de condutas, ou opiniões, atitudes e esteriótipos.

Moscovici (2003) analisa e classifica as formas de comunicação em difusão, propagação e propaganda, que são modalidades de deslocamento das representações. Correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. Cada forma de comunicação produzirá representações sociais específicas, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto, ou seja, é particular aos laços

estabelecidos entre o emissor e o receptor, à organização das mensagens e comportamentos visados.

A contribuição para os processos de formação de condutas e a orientação das comunicações sociais, são funções responsáveis pela elaboração das representações sociais, diante das quais os grupos irão refletir sobre a situação dos indivíduos em diversos assuntos do cotidiano. Em outras palavras, é um saber prático, utilizando o senso comum dos indivíduos, que tentam representar uma realidade pouco conhecida a partir do que eles sabem sobre ela (VELOZ; SCHULZE; CAMARGO; 1999).

As funções das representações sociais podem ser definidas como a de saber, permitindo compreender e explicar a realidade estando intimamente ligada à comunicação social; a identitária, que define a identidade e protegem as características do grupo; a de orientação, a qual orienta comportamentos e práticas; e a justificatória, permitindo justificar a *posteriori* decisões e comportamentos tomados. As representações são formuladas a partir das dinâmicas de comunicação, sendo responsáveis por tornar o estranho em familiar e o invisível em perceptível (NÓBREGA, 2003).

Além dessas funções, Moscovici (2003) organiza três dimensões que servem de base para as representações sociais, sendo elas a informação ou conhecimento, o campo de representação ou imagem e a atitude ou posicionamento dos sujeitos frente ao objeto representado. A primeira diz respeito à organização do conhecimento de um determinado grupo acerca de um objeto social, levando-se em conta a variação de acordo com a quantidade e a qualidade desse conhecimento. O campo de representação refere-se à organização dos elementos já estruturados na representação. Já a atitude retrata a orientação do comportamento que se tem diante do objeto da representação social.

A elaboração e funcionamento das representações sociais ocorrem mediante o processo de *objetivação* e *ancoragem*. O *processo de objetivação* consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, transformando em objeto o que é representado. Apresenta três fases: a construção seletiva, que diz respeito à descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; a esquematização estruturante ou núcleo figurativo, que compõe uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e a naturalização, que fala da transformação das “imagens-abstrações” em elementos da realidade (MOSCOVICI, 2003). O referido autor acrescenta quatro momentos ao processo de objetivação (desejo, avaliação, demanda e troca), com a finalidade de explicar como a representação social do dinheiro é partilhada e concretizada (NÓBREGA, 2003).

O processo de ancoragem é comparado a um paradigma de uma categoria pensada como apropriada, de forma a permitir que o estranho seja interpretado, estabelecendo uma relação positiva ou negativa com ele, ou seja, ancorar é classificar e dar nome a algo estranho (MOSCOVICI, 2003). É através deste processo que a representação social se transforma num sistema de interpretação, apresentando uma função e intermediando o indivíduo e seu meio, além de realizar mediação entre os membros de um mesmo grupo. Tal sistema é capaz de resolver e expressar problemas comuns, transformados em códigos, em linguagem comum, e classificar os indivíduos e os fatos, convertendo-se em instrumento de referência, o qual permite a comunicação numa mesma linguagem, com influência recíproca (JODELET, 2001).

Diante do exposto, percebe-se que as representações sociais são elaboradas não só das teorias científicas, mas também de eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações do cotidiano.

CAPÍTULO 3

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório em uma abordagem quanti-qualitativa, priorizando-se as falas dos sujeitos, para salientar dimensões subjetivas acerca do envelhecimento e risco de quedas nos idosos, utilizando-se o aporte teórico das representações sociais de Moscovici (1978/2003).

3.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família “Viver Bem”, localizada no bairro Treze de Maio na cidade de João Pessoa – Paraíba. A rede de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários que recortam toda a extensão territorial da cidade. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas.

A Unidade de Saúde da Família “Viver Bem” está situada no distrito sanitário quatro e abrange o bairro do Padre Zé I, II, III e o Treze de Maio, localizando-se na Rua Maria Dias de Oliveira s/n no bairro Treze de Maio. Essa unidade foi escolhida por situar-se numa região de terreno muito acidentado, com muitas ladeiras, pisos irregulares, ausência de calçadas, com algumas ruas sem pavimentação, esgoto a “céu aberto”, pouca iluminação pública, sem acesso a transportes públicos dentro da comunidade, apenas carros particulares. Todos esses fatores contribuem para aumentar o risco de quedas nos idosos, visto que as causas ambientais ou extrínsecas existem, fazendo-se necessária a orientação e o encorajamento para que os idosos dessa comunidade não fiquem reclusos em seus domicílios por conta da presença dessa desorganização ambiental.

3.3 População e Amostra

A população do estudo foi estimada considerando o número de famílias existentes. Para o levantamento da população, realizou-se uma consulta às fichas que compõem o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), que representa uma rede gerencial de informação em saúde, tendo como objetivo alocar dados cadastrais obrigatórios das famílias acompanhadas pelo Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000). Verificou-se que a unidade de saúde “viver bem” acompanhava 3.028 famílias, cerca de 11.125 pessoas, das quais estimava-se que, aproximadamente, 1.093 fossem idosos, levando-se em consideração a prevalência de pessoas com 60 anos ou mais, atingindo um percentual de 9,8%.

A amostra foi composta por cento e cinquenta idosos escolhidos por conveniência. Foi considerada uma amostra representativa de $n = 150$ idosos da comunidade Viver-Bem extraída da população de idosos da referida comunidade que totaliza $N = 1.093$. Podemos simular a amostra casual simples da seguinte forma: O cálculo do tamanho n de amostra probabilística necessário, considerando-se uma amostra casual simples, foi tomado a partir da fórmula citada em Arango, 2005, descrita abaixo, adotado nível de confiança de 95% e erro máximo amostral admitido $\epsilon = 0,075$ (ou 7,5%).

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50 \cdot 1093}{0,075^2 \cdot (1093 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = 148$$

Onde:

N = tamanho da população de idosos ($N = 1.093$)

n = tamanho da amostra dos idosos amostrados;

p = prevalência de idosos institucionalizados (valor desconhecido: adota-se $p = 0,50$)

z = valor obtido na curva normal, sendo 1,96 para nível de 95% de confiança;

ϵ = erro máximo de estimativa amostral. ($\epsilon = 0,075$ ou 7,5%)

Considerou-se, portanto, para efetivação do estudo, uma amostra de 150 idosos, ou seja, foi tomada uma amostra representativa de tamanho $n = 150$. Todos os participantes pertenciam a USF “Viver Bem” e tinham condições físicas e mentais, para responder a entrevista, tendo sido apresentados à pesquisadora pelos agentes comunitários de saúde (ACS). O período de coleta de dados foi de janeiro a abril de 2009.

3.4 Instrumentos Utilizados para Coleta, Procedimento de Aplicação e Análise dos Dados

Para atender os objetivos de conhecer a representação social sobre envelhecimento e do risco de quedas em idosos foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada e, para avaliar o risco de quedas dos idosos da unidade de saúde da Família “Viver Bem” utilizou-se a escala de risco de quedas de Downton, que serão expostos a seguir.

3.4.1 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada (ver anexo) contempla questões baseadas na Teoria das Representações Sociais e está dividida em duas partes. A primeira parte investiga os dados sócio-demográficos, contemplando variáveis relacionadas à idade, sexo, etnia, local de nascimento, estado civil, analisando ainda se tem moradia única, o tempo que mora na mesma, o número de pessoas que moram na casa e quem são essas pessoas, quem é o responsável pelo domicílio, o número de filhos, a religião, o tipo de serviço de saúde procurado pelos idosos, à escolaridade, renda familiar incluindo o idoso, tipo de renda, tempo de aposentadoria, tipo de moradia, se já sofreu queda, número de quedas, altura da queda, se tomou medicamento antes, se ingeriu bebida alcoólica, causas das quedas. A segunda parte aborda questões acerca das representações sociais sobre o envelhecimento e risco de quedas como:

- 1 - Fale sobre quedas em idosos;
- 2 - Quais os riscos de quedas em idosos para o sr(a)?;
- 3 - O que significa sofrer uma queda?;
- 4 - Já sofreu alguma queda?;
- 5 - Como o idoso pode prevenir a queda?;
- 6 - O que significa o envelhecimento para o sr.(a)?.

Os dados foram coletados da seguinte forma: Os agentes comunitários de saúde eram designados pelo profissional responsável, para acompanhar a pesquisadora no domicílio dos idosos, desse modo tanto a entrevista semiestruturada, quanto o instrumento para avaliar o risco de quedas foram realizadas na residência dos participantes.

As informações apreendidas nas entrevistas foram organizadas em um banco de dados, preparado, especificamente, para ser processado no *software* Alceste 4.8 (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto).

O Alceste é um programa informático, que foi criado por M. Reinert e introduzido, no Brasil, por Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo em 1999. Constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, que não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, fornecendo ainda critérios provenientes do próprio material, para consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico (CAMARGO, 2005). Neste estudo, o programa foi utilizado para analisar 150 entrevistas.

Esse programa tem particularidades interessantes, como a de poder ser empregado em análise acerca da classificação hierárquica descendente, de permitir análise lexicográfica do material textual e oferecer contextos (classes lexicais), que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. O Alceste toma como base um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que serão definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. Um conjunto de UCI's constitui um corpus de análise. Com o processo de análise, o programa executa quatro etapas (A, B, C e D), cada uma contendo três operações (CAMARGO, 2005).

Na etapa A, ocorre à leitura do texto e o cálculo do dicionário, ou seja, o programa prepara o corpus, reconhece as UCI's, faz uma segmentação do texto, agrupa as palavras em função das suas raízes e faz o cálculo das frequências das formas reduzidas.

Na etapa B, acontece o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE's (Unidades de Contexto Elementares), sendo estas classificadas de acordo com os respectivos vocabulários. O conjunto delas é repartido, chegando às formas reduzidas, a partir daí aplica-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD), obtendo uma classificação definitiva. Essa análise tem por intuito obter classes de UCE's que apresentem, ao mesmo tempo, vocabulários semelhantes entre si e diferentes dos das UCE's das outras classes.

A etapa C fornece os resultados mais importantes: as descrições das classes de UCE's. É nessa etapa que o programa irá apresentar o dendograma da classificação hierárquica descendente (CDH), o qual mostra as relações existentes entre as classes. O Alceste indica resultados que nos permite descrever cada uma das classes pelo vocabulário característico (léxico) e pelas variáveis. Ainda pode apresentar uma outra forma de apresentação dos resultados, através de uma análise fatorial de correspondência. A última etapa ou D é um prolongamento da etapa C. Com base nas classes de UCE's escolhidas, o Alceste calcula e mostra as UCE's mais características de cada classe.

Os resultados apreendidos e analisados foram interpretados subsidiados do referencial teórico das representações sociais, apresentados em gráficos, tabelas e temas.

3.4.2 Instrumento de avaliação de risco de quedas em idoso

A avaliação deve ser constituída por uma combinação de instrumentos, envolvendo aspectos biológicos, físico-funcionais, cognitivos e psicossociais, para que se possa verificar a maior probabilidade de quedas. É de suma importância sabermos o contexto e mecanismo das quedas, às condições clínicas da pessoa idosa, considerando as doenças crônicas e agudas presentes, assim como a medicação em uso (BRASIL, 2006).

O presente estudo utilizou o Fall Risk Score de Downton para avaliar o risco de quedas nos idosos da unidade “Viver Bem”, embora existam inúmeras escalas. Schiaveto (2008) traduziu e validou o fall risk score de Downton. O mesmo comparou as escalas de Downton, STRATIFY, Tinetti Fall Risk e TULLAMORE e detectou que o Fall Risk Score de Downton possui uma sensibilidade de 81,8%, uma especificidade de 24,7%, e o tempo utilizado para aplicação do instrumento foi de apenas 6,34 minutos.

Downton (1993) desenvolveu, em 1993, o Fall Risk Score (Anexo). Essa escala tem por objetivo avaliar o risco de quedas em idosos, utilizando, para isso, cinco critérios: 1- se já sofreu quedas anteriores, 2 – se utiliza medicação e qual o nome, 3- se apresenta déficit sensorial e qual é o déficit, 4- questiona sobre o estado mental, se é orientado ou não, 5- questiona sobre a marcha. A pontuação do instrumento varia de zero a onze, e o idoso é classificado com alto risco de cair, quando apresenta pontuação igual ou superior a três.

Os dados também foram coletados nos domicílios dos idosos, e após a coleta, foram digitados no *software* Excel – 2003, a partir do qual foi construído um banco de dados, sendo posteriormente transferidas para o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 17.0. Procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis e gráficos estatísticos pertinentes.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto, que possui protocolo número 0597, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade federal da Paraíba – CEP/CCS. A participação dos idosos foi voluntária, atendendo a Resolução 196/1996 e as Diretrizes e Normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Por ocasião das entrevistas, os participantes preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

CAPITULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Os Sujeitos do Estudo

Antes de iniciar a análise dos resultados obtidos pelo Alceste, faz-se necessário conhecer a população de idosos estudada no que diz respeito a aspectos relacionados à idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, tipo de moradia. Esses dados são fundamentais para a interpretação das representações sociais desses sujeitos acerca do envelhecimento e risco de quedas.

Tabela 1 - Perfil dos idosos com relação à faixa etária (n = 150)

Faixa etária	Nº. Idosos	%
60 a 64	37	24,7
65 a 69	39	26,0
70 a 74	33	22,0
75 a 79	15	10,0
80 a 84	15	10,0
85 e +	11	7,3
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

A amostra dos idosos estudados na Unidade de Saúde da Família “Viver Bem” variou dos 60 aos 96 anos, com idade média de 71, idade mediana de 69 e desvio padrão de 9,8. A faixa etária dos 65 a 69 anos foi a que apresentou maior número de idosos, representando 26,0% do total, seguido da faixa etária anterior dos 60 a 64, que corresponde a 24,7% dos idosos, e da faixa etária de 70 a 74, com 22,0% do total, podendo ser observada na tabela 1.

Tabela 2 - Perfil dos idosos com relação ao sexo (n = 150)

Sexo	Nº. Idosos	%
Feminino	106	70,7
Masculino	44	29,3
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

Houve um predomínio de idosos do sexo feminino, apresentado na tabela 2, representando 70,7 do total de entrevistados, sendo corroborado por Freitas *et al.*, (2006) e Papaléo Netto (2002), que apontam para um processo de “feminização na velhice”. Nesse

sentido, os dados apreendidos vêm demonstrando que a população feminina cresce com maior rapidez que a masculina, provavelmente, por um maior índice de mortalidade no sexo masculino e maior expectativa de vida na população feminina.

Tabela 3 - Perfil dos idosos com relação ao estado civil (n = 150)

Estado Civil	Nº. Idosos	%
Solteiro (a)	11	7,3
Casado (a)	82	54,7
Divorciado (a)	1	0,7
Separado (a)	5	3,3
Viúvo (a)	51	34,0
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

A maioria dos idosos, 54,7%, apresentam-se casados e 34% viúvos, como mostra a tabela 3. Do total dos homens, 84,1% são casados, enquanto 43,4% das mulheres são viúvas. Dados semelhantes foram obtidos nos estudos de Camarano (2003). Este justifica essa diferença da situação conjugal, quando relata que os homens têm uma longevidade menor, deixando suas esposas viúvas e que, no caso de morte da esposa é muito mais fácil acontecer um novo casamento para os viúvos.

Tabela 4 - Perfil dos idosos com relação à escolaridade (n = 150)

Escolaridade (anos de estudo)	Nº. Idosos	%
Sem escolaridade ou analfabetos	63	42,0
Baixa (1 a 4 anos)	56	37,3
Média (5 a 8 anos)	13	8,7
Alta (9 ou mais anos)	13	8,7
NS/NR	5	3,3
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

No que se refere à escolaridade (tabela 4), verificou-se que 79,3% dos idosos têm baixa escolaridade, sendo que 42,0% não têm escolaridade ou são analfabetos e 37,3% possui um a quatro anos de estudo. Esses dados vão ao encontro dos resultados de pesquisas sobre o perfil educacional dos idosos brasileiros, em regra ruim, feitas por Giatti e Barreto (2003) e Parahyba *et al.*, (2005). Tais autores consideram que, antigamente, as dificuldades de acesso à educação, comparando-se a atualidade, eram bem maiores, principalmente, para as mulheres,

proporcionando, dessa forma, uma grande incidência de idosos não alfabetizados ou com baixos níveis de escolaridade.

Tabela 5 - Perfil dos idosos com relação à renda (n = 150)

Tem renda?	Nº. Idosos	%
Não	17	11,3
Sim	133	88,7
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

A maior parte dos idosos possui renda (88,7%), como pode ser observado na tabela 5. As principais fontes de renda, dos idosos da comunidade “Viver Bem”, são as aposentadorias e pensões, normalmente apenas um salário mínimo para sustentar uma família inteira. Segundo Lebrão e Laurenti (2005) seus estudos revelam que os baixos salários dos idosos limitam o acesso a bens de serviços e consumo, como, por exemplo, alimentação e moradia adequadas, agravando-se quando se constata que os idosos são provedores de suas famílias. Apesar de a renda estar, geralmente, aquém das necessidades, observa-se, em muitos estudos, que a maioria dos idosos são provedores de suas famílias. Os citados autores verificaram ainda que a situação de idosos, no mercado de trabalho brasileiro, revelou dados semelhantes com 68,4% de aposentados.

Tabela 6 - Perfil dos idosos com relação ao tipo de moradia (n = 150)

Quanto ao tipo de moradia	Nº. Idosos	%
Própria (quitada)	133	88,7
Paga aluguel	13	8,7
Outros	4	2,7
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

Os idosos que têm moradia própria quitada ou financiada representam 88,7 %, ver tabela 6. Os dados obtidos corroboram com o estudo de Fiedler e Peres (2008), no qual 87,2% dos idosos possuíam casa própria.

Tabela 7- Distribuição dos idosos com relação a situação de moradia

Com quem moram	Nº. Idosos	%
Sozinho	13	8,7
Somente com o cônjuge	31	20,7
Cônjuge e filho(s)	14	9,3
Cônjuge filhos, genro ou nora	7	4,7
Somente com o(s) filho(s)	14	9,3
Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)	26	17,3
Arranjos intrageracionais (outros idosos)	1	0,7
Netos (sem filhos)	3	2,0
Outros	41	27,3
Total	150	100

Fonte: Pinho, 2009.

Dos idosos entrevistados, 20,7% viviam com o cônjuge; 17,3%, em arranjos trigeracionais, 9,3%, com cônjuge e filhos; 8,7%, sozinhos e 27,3% moravam com outros (tabela 7). No estudo de Coelho Filho e Ramos (1999), o percentual de idosos residindo em domicílios de três gerações foi de 35%, enquanto 6,3% moravam sozinhos. Já Santos et. al. (2002) verificaram que 55,5% dos idosos moram em domicílios multigeracionais, 27,3% com os cônjuges e 14,8%, sozinhos. Esses dados trazem aspectos positivos, pois o fato de morar só tem sido associado a um declínio na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo indicador de risco de mortalidade.

A qualidade de vida está diretamente relacionada à autonomia e independência funcional, dessa forma o fato de morar sozinho constitui um fator de risco de quedas, e as quedas podem levar a dependência para desenvolver as atividades de vida diária. Apenas 8,7% dos idosos estudados na unidade “Viver Bem” moram sozinhos.

4.2 Resultados Obtidos a Partir do Alceste

Na primeira etapa do tratamento do material pelo Alceste, verificou-se que o *corpus* constituído de 150 entrevistas, deu origem às 150 UCI's (unidades de contexto inicial), dessa forma todo material foi aproveitado para análises posteriores, o que aponta a pertinência dos dados coletados. As UCI's foram divididas em UCE's (unidades de contexto elementar).

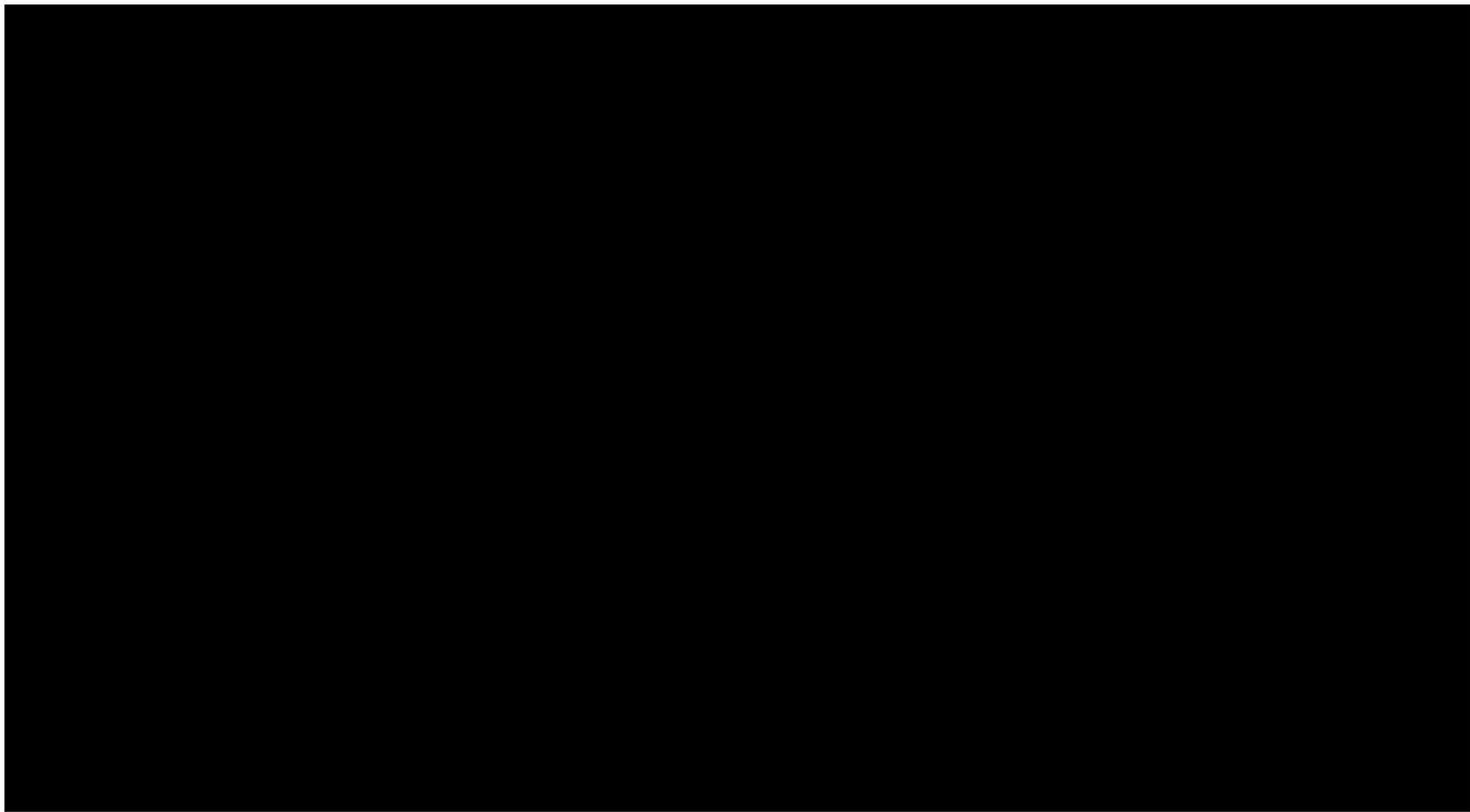
Quadro 1 - Distribuição das classes ou categorias semânticas

Classes ou Categorias Semânticas	
Classe 1	Prevenção da Queda
Classe 2	Causas da Queda
Classe 3	Impacto do Envelhecimento
Classe 4	Consequências das Quedas
Classe 5	Sentidos Associados ao Envelhecimento e Queda

Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Esta distribuição pode ser observada na tabela 8 a seguir.

Tabela 8 - Distribuição das UCE's e suas contribuições nas Classes/Categorias Temáticas



Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Uma leitura atenta dos conteúdos das classes permitiu-nos identificar cinco classes. Elas traduzem, em sua integralidade, um modo de pensar, de sentir e de agir peculiares, ou seja, como os idosos representam o envelhecimento e o risco de quedas, a partir de sua identidade social, cultural e experiência de vida

O perfil característico das classes, tal como propõe o Alceste, é feito pelo vocabulário característico e pelas variáveis e sujeitos que contribuíram para a produção das UCE's de cada classe, sendo selecionados de acordo com os valores do seus qui-quadrados (λ^2). Seguidamente apresentam-se os resultados que decorrem da estrutura temática das representações sociais sobre risco de quedas em idosos.

4.2.1 As classes e suas descrições

A **classe um**, denominada aspectos relacionados à prevenção de queda nos, detém 81 UCE's, correspondendo a 19,33% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 101 palavras com destaque para as que obtiveram maior frequência ou *qui-quadrado*²(λ^2), conforme tabela 9 a seguir.

Tabela 9 - Distribuição dos contextos analisados na classe 1

Classe 1 81 UCE's (19,33%)		
PALAVRA	FREQUÊNCIA	λ^2
Evitar	44	176,67
Prestar	43	136,82
Atenção	44	134,39
Andar	49	123,96
Cuidado	35	90,49
Firme	19	71,76
Prevenir	5	21,12
Sozinho	13	19,81
Olho	5	15,99
Piso	41	8,93
Variáveis		
*Sex_2	2	2,44
*Que_0	54	5,40
*Suj_003	2	4,34
*Suj_004	2	4,34
Prevenção de Quedas		

Fonte: Pinho, 2009.

Essas dimensões são exemplificadas nas UCE's contempladas nas classes expressas nos conteúdos a seguir.

[...] caí da escada, caí porque pisei em terreno irregular. Pode evitar se tiver mais cuidado, prestar atenção por onde anda. Envelhecer não é bom, porque todo mundo quer mandar na gente, pensa que só porque somos velhos somos retardados, não deixa a gente sair sozinho, diz que a gente esta com a vista cansada e com as pernas fracas [...].

[...] já caí, mas nunca quebrei nada. Eu estava no quintal e levei um tropicão, caí e bati meu rosto no chão. A pessoa pode evitar e cair tendo mais cuidado, prestando mais atenção por onde anda e pisar sempre firme [...].

[...] pode evitar tendo mais cuidado por onde anda, onde pisa, andar devagar, enfim prestar mais atenção. Envelhecer é bom, porque eu não tenho preocupação, não tenho filhos, meu dinheiro e só para mim, mas vivo muito sozinha [...].

Na concepção dos idosos ... ***a queda não pode ser prevenida... é uma coisa de Deus... a única forma de evitar é prestando atenção por onde anda, pisar firme e tendo cuidado... .***

Diante disso, fica claro que, apesar das representações negativas relacionadas ao envelhecimento e risco de quedas associados à prevenção das quedas, existe uma dicotomia, ou um contraste entre racionalidade, fatalidade e espiritualidade.

Nesse sentido, os idosos não reconhecem ou talvez desconheçam a real importância de fatores que poderiam vir a contribuir na prevenção de quedas como, a prática de atividade física, o uso de auxílio locomoção, a ajuda de terceiros, e até mesmo a disposição do mobiliário e ergonomia do domicílio.

É sabido que a prática da atividade física melhora a força muscular, as amplitudes de movimentos, a coordenação, o equilíbrio, a segurança na deambulação, e apesar dos idosos estudados reconhecerem a fraqueza muscular como uma das causas das quedas, eles negam que o ganho de força muscular seja um fator preventivo das mesmas, visto que para eles essa fraqueza ... ***é coisa da idade e não tem jeito... .***

Com relação à aceitação da ajuda de terceiros e o uso de auxílios locomoção tais como, a bengala, a muleta, o andador e até mesmo a cadeira de rodas, sabe-se que os mesmos são fundamentais para ajudar os indivíduos que apresentam déficits motores e visuais na prevenção de quedas. A Fisioterapia busca, através desses auxílios, promover a autonomia e a independência funcional, dentro das limitações de cada indivíduo. Então, os idosos avaliados na comunidade “Viver Bem”, que apresentaram alterações no equilíbrio, na marcha e também alterações visuais, deveriam ser orientados sobre a importância da utilização dos auxílios locomoção citados anteriormente na prevenção de quedas, tentando transformar as

representações negativas que os idosos têm sobre essa forma de prevenção, relacionando-a a dependência.

Os participantes desse estudo sequer citam a existência desses auxílios para a diminuição do risco de quedas. Aminzadeh e Edwards (1998) relataram que a maioria dos idosos avaliados em seu estudo, quanto à representação da necessidade, benefícios e barreiras para o uso da bengala, acreditam que ainda são capazes e fortes e não precisam do uso de tal dispositivo. E mesmo aqueles que relataram medo da queda, história de quedas, ou problemas em sua coluna, quadril e joelhos se mostraram relutantes em demonstrar a sua necessidade.

A Acessibilidade, definida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas como possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbanos, é de grande importância para a população idosa (BRASIL, 2004). Na Unidade de Saúde da Família “Viver Bem” o acesso para os idosos é muito difícil, pois existem muitas ladeiras, ruas sem pavimentação, pouca iluminação pública, os transportes públicos não passam dentro da comunidade, tudo isso dificulta o acesso dos idosos, fazendo com que eles fiquem mais tempo nos domicílios.

Quanto à disposição do mobiliário e a ergonomia do domicílio, a maioria dos participantes da pesquisa não relatou que medidas simples como a não utilização de tapetes, o uso de barras de apoio no banheiro, o uso de pisos antiderrapantes pela casa, não ter muitos móveis, não deixar objetos pelo chão, evitar a presença de pisos irregulares ou “batentes” pela casa, iluminação adequada poderiam ser importantes para diminuir o risco de quedas.

Geralmente, problemas com ambiente são causados por eventos ocasionais que trazem risco aos idosos, principalmente àquele que já apresenta alguma deficiência de equilíbrio e marcha. Os problemas ambientais foram as causas mais frequentes de quedas entre idosos encontradas nesse estudo. Tais problemas serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade dos idosos e a instabilidade que este problema poderá causar. Estas inadequações podem vir a proporcionar um esforço adicional para o idoso e provocar uma desestabilização, aumentando o risco de quedas.

A **classe dois**, considerada a maior delas, **aspectos causais relacionados às quedas nos idosos**, detém 162 UCE's, correspondendo a 38,66% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 106 palavras com destaque para as que obtiveram maior frequência ou *qui-quadrado*²(λ^2), conforme tabela 10 a seguir.

Tabela 10 - Distribuição dos contextos analisados na classe 2

Classe 2		
162 UCE's (38,66%)		
PALAVRA	FREQUÊNCIA	λ^2
Cair	115	65,67
Idoso	68	53,40
Oso	87	50,21
Fraqueza	115	23,65
Quebrar	82	15,91
Banheiro	39	15,80
Cama	31	13,04
Ensaboado	10	13,00
Corrimão	9	11,38
Escurecimento	8	9,91
Molhado	45	7,31
Buraco	30	6,06
Variáveis		
*Mor_3	19	2,75
*Suj_010	4	3,65
*Suj_085	3	2,25
*Suj_113	3	2,25
Causas da Queda		

Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Essas dimensões são exemplificadas nas UCE's contempladas nas classes expressas nos conteúdos a seguir.

[...] os idosos caem porque são mais fracos, tem uma fragilidade maior, podem apresentar fraqueza nas pernas, nos ossos e nos nervos, também sentem muito desequilíbrio e ficam tontos, isso tudo pode levar o idoso ou qualquer pessoa a cair[...]

[...] a pessoa pode cair por vários motivos como fraqueza nas pernas e nos ossos, a vista não presta mais para nada, então não enxergamos um buraco e ai, caímos; a pessoa pode tropicar, escorregar no banheiro [...].

[...] os velhos caem porque pisam no molhado, em buraco na rua, podem escorregar nas ladeiras, nos pisos irregulares e ai como os ossos são fracos então a pessoa cai[...].

[...] as pessoas podem cair por muitos motivos. A pessoa pode escorregar no tapete, pode desequilibrar por causa de uma tontura. Pode dar uma fraqueza nas pernas. Significa muito sofrimento, e muito ruim, porque a gente fica doente, pode quebrar os ossos e ate morrer [...].

[...] e sempre tudo para o velho se torna mais difícil, velho quebrado não serve para nada. A pessoa pode cair porque tem a vista cansada, também pode sentir tontura e escurecimento da visão, por desequilíbrio e fraqueza nas pernas [...].

Essas observações permitem identificar a classe dois como referente à construção dos fatores causadores de quedas em idosos. As quedas podem ser ocasionadas por uma multiplicidade de fatores, que juntos ou de forma isolada, contribuem para o acontecimento

desse evento. Dentre os fatores causais, podemos citar os intrínsecos, os quais estão relacionados às alterações funcionais próprias de cada indivíduo como, por exemplo, fraqueza muscular, tontura, alteração do equilíbrio e dificuldade na marcha. Já os fatores extrínsecos são aqueles gerados pelo ambiente em que o idoso vive, como por exemplo, pisos irregulares, pisos molhados, escada sem corrimão, terrenos acidentados, tapetes pela casa, a não utilização de barras de apoio, dentre outros.

É possível identificar nessa classe que os idosos se ancoram nos fatores ambientais para identificar as causas das quedas. Nas falas dos sujeitos, percebemos que os idosos relatam os aspectos negativos do envelhecimento, atribuindo os fatores extrínsecos como, piso molhado, escada sem corrimão, piso irregular, batente, tapete, principais causadores das quedas, sendo difícil assumir suas fraquezas e limitações. E quando assumem que caem por causa de *...fraqueza nas pernas, escurecimento da vista, por conta dos ossos fracos...*, eles atribuem esses aspectos à velhice. Nesse estudo, identificou-se os fatores ambientais como principais causadores e isso pode ser devido ao relevo acidentado da comunidade investigada, uma vez que, as quedas ocorrem quando a atividade, como a marcha em terrenos acidentados ou pedregosos, exige maior esforço dos indivíduos idosos.

Esses dados corroboram com Martin *et al.*, (2008) que em seu estudo sobre interpretações das quedas (causas, consequências e impacto), a maioria dos participantes havia experimentado esse evento, e representaram que as quedas podiam ser causadas por uma série de razões como, fisiológicas, fatores físicos, ambientais, comportamentais e cognitivas. Alguns participantes não foram capazes de identificar uma razão para sua queda, ou consideraram a queda como inevitável, muitas vezes como consequência do envelhecimento

Essa classe tem um interesse peculiar, devido à relação dos resultados encontrados pelas representações dos idosos sobre as causas das quedas e os resultados obtidos através da aplicação do questionário de risco de quedas, pois ambos detectaram que as causas extrínsecas ou ambientais foram muito mais significativas quando comparadas as causas intrínsecas relacionadas à fraqueza e aos aspectos próprios de cada indivíduo. Tal resultado fundamenta a necessidade da realização de intervenções mais apropriadas, no sentido de orientar melhor sobre a importância dos fatores ambientais como vilões causadores das quedas.

A **classe três** - impacto do envelhecimento, detém 37 UCEs, correspondendo a 8,83% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 89 palavras com destaque para as que obtiveram maior frequência ou *qui-quadrado*², conforme tabela 11 a seguir.

Tabela 11 - Distribuição dos contextos analisados na classe 3

Classe 3 37 UCE's (8,83%)		
PALAVRA	FREQUÊNCIA	λ^2
Envelhecer	36	49,59
Compromisso	4	41,70
Aparecimento	6	38,22
Doente	10	36,29
Sinto	4	25,29
Aceitação	3	21,96
Limitações	3	16,46
Consegui	6	15,41
Cansaço	3	12,82
Remédio	6	9,81
Deus	9	9,72
Cabelo branco	4	9,08
Variáveis		
*Ida_3	13	2,84
*Mor_5	6	2,09
*Que_4	3	4,77
*Suj_091	2	4,54
*Suj_096	2	12,55
<i>Impacto do Envelhecimento</i>		

Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Essas dimensões são exemplificadas nas UCE's contempladas nas classes expressas nos conteúdos a seguir.

[...] envelhecer significa uma coisa muito ruim, porque a gente vai ficando doente, cai muito, não consegue fazer nada [...].

[...] fica dependendo dos outros para ir ao banco, fazer feira, porque não consegue carregar as compras. A velhice só não é boa pelas limitações que aparecem e pelas doenças que parecem que nunca se acabam [...].

[...] fico triste ao pensar como eu era quando jovem. Os jovens podem tudo, conseguem fazer tudo, hoje eu canso rápido, tenho medo de andar só e não tenho companhia, a gente fica sem amigos porque não sai de casa [...].

Na visão dos idosos desse estudo, o envelhecimento é um acontecimento ruim, porque nessa fase da vida ocorre o aparecimento de doenças como osteoporose, hipertensão, diabetes, dores nas articulações, problemas visuais e auditivos, alteração na memória, limitação para realização de atividades que antes faziam com facilidade e destreza, a dependência de terceiros, gasto com medicação, baixos salários. Foram poucos os que relataram em seus

discursos que envelhecer ... *era uma coisa boa... uma dádiva divina... tinham menos preocupação porque os filhos já estavam criados... menos estresse... tinham uma vida mais tranquila... .*

Percebe-se que a representação social da velhice se ancora fortemente nas perdas físicas e sociais, mas também, na melhora do estresse, no uso do tempo livre e se objetiva nas doenças e nas limitações. Configura-se uma representação estruturada em uma percepção muito mais de perdas que de ganhos. Nas entrevistas, foi possível identificar que as representações sobre “boa velhice” estão profundamente ancoradas em elementos relativos à saúde física (ausência de doenças), psicológica (ausência de depressão), social (apoio familiar) e econômica (condições dignas de vida).

O processo de saúde e doença estabelecido pelos idosos através das suas manifestações está carregado de investimentos afetivos, ou seja, trata-se dos sentimentos vinculados ao objeto de representação. Assim, o estado de saúde está vinculado à... *felicidade, à coisa boa ...*, se a pessoa é idosa e tem saúde, essa pessoa é feliz, mesmo que seja idoso, sendo o contrário verdadeiro. A saúde também denota disposição, estado de ânimo e motivação para a realização de atividades, sendo a doença relacionada a um estado de indisposição e a falta de motivação para a vida.

O envelhecimento provoca redução das amplitudes de movimentos, diminuição da flexibilidade, que está associada à ocorrência de quedas no idoso, devido à perda de mobilidade das articulações do quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral, gerando alterações no padrão de marcha e dificuldades no desempenho de tarefas cotidianas, como utilizar transportes públicos, transpor desníveis no solo como calçadas e escadas ou simplesmente caminhar. Além disso, há uma tendência de alargamento da base de apoio, encurtamento e lentificação dos passos e flexão anterior do tronco para aumentar a estabilidade postural. Também ocorre uma limitação da amplitude de dorsiflexão dos tornozelos, o que aumenta a chance de tropeços e consequentes quedas.

Em momento algum, eles citam que as alterações próprias do envelhecimento poderiam ser retardadas ou minorizadas, com a prática de exercícios físicos, exercícios de relaxamento, exercícios para memória, dança, atividades voluntárias, atividades de lazer e hábitos alimentares saudáveis. Essa prática estimula o aumento da saúde, reduzindo os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas ao mesmo tempo em que mantêm a capacidade funcional. Em contrapartida, o sedentarismo acelera o curso do envelhecimento, o que leva a alterações morfológicas, fisiológicas e psicológicas observadas no idoso, contribuindo ainda mais para a ocorrência de quedas. Além das perdas físicas decorrentes do sedentarismo, o

isolamento social prejudica a saúde mental do idoso, com impacto negativo sobre a auto-estima, percepção e práticas de saúde.

A Unidade de Saúde da Família “Viver Bem” não apresenta, em sua equipe, Fisioterapeutas e nem Educadores Físicos, esses profissionais poderiam contribuir com a implantação de atividades de intervenção como alongamento, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e coordenação, atividades de lazer, exercícios para memória, enfim proporcionar práticas assistências com a finalidade de promover saúde e melhorar a qualidade de vida dos idosos da comunidade

Segundo Benedetti *et al.*, (2008), a realização de atividade física está também associada à saúde, o que aponta para o que diz a OMS acerca da participação de idosos em atividades físicas leves e moderadas como coadjuvante no retardo dos declínios funcionais, melhorando a saúde motora e mental.

A representação negativa acerca do envelhecimento também foi encontrada por outros autores, como por exemplo, Uchôa (2003). Este, afirmou que essa visão deficitária do envelhecimento é consequência de uma sociedade que valoriza a produção, o rendimento, a juventude e a beleza, e ainda alerta para a marginalização que uma definição tão negativa da velhice impõe aos idosos. Bezerra *et. al.* (2005) já mencionaram que, para que o envelhecimento seja bem sucedido, deve-se representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade.

A **classe quatro - consequência da queda** detém 43 UCEs, correspondendo a 10,26% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 82 palavras com destaque para as que obtiveram maior frequência ou *qui-quadrado*², conforme tabela 12 a seguir.

Tabela 12 - Distribuição dos contextos analisados na classe 4

Classe 4 43 UCE's (10,26%)		
PALAVRA	FREQUÊNCIA	λ^2
Idoso	57	99,01
Cadeira de rodas	28	82,4
Fratura	20	51,12
Perigo	24	46,83
Medo	22	42,78
Acamado	16	25,25
Medicamento	3	18,38
Hospital	15	13,72
Esquecimento	7	12,78
Dor	24	11,08

Insegurança	3	6,57
Osteoporose	12	5,33
Dor	24	5,14
Variáveis		
*Mor_2	15	7,14
*Que_1	13	3,85
*Que_2	12	3,85
*Sex_1	18	3,93
*Suj_047	2	6,92
Consequências da Queda		

Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Essas dimensões são exemplificadas nas UCE's contempladas nas classes expressas nos conteúdos a seguir.

[...] o envelhecimento é ter mais experiência, fraqueza, ficar sem dente, visão ruim. Eu tenho medo de cair e ter fratura, por causa da osteoporose, e ficar no hospital, dependente para tudo. O risco de queda acontece com o piso molhado, calçada, escada, tapete, fraqueza. Cair é normal, mas nas pessoas mais velhas é mais perigoso[...].

[...] envelhecer é um problema, ficamos mais doentes, com medo de fazer as coisas, inútil, impossibilidade de fazer o que fazia antes. Queda acontece quando a pessoa tem medo. Tem que ter cuidado para não cair, porque pode fraturar os ossos, ficar inutilizado, acamado. Pode ocorrer por descuido, fraqueza, tontura, escada, piso irregular. Qualquer pessoa pode cair, seja novo, ou seja, velho, mas a queda é mais perigosa em pessoas idosas porque elas são mais fracas [...].

A representação dos idosos dessa classe relacionou-se com os principais efeitos da queda como *o fato de ficar ... dependente para o resto da vida... ficar numa cadeira de rodas... sentir dor e não conseguir fazer mais nada...*. Eles relataram um medo muito grande da dependência, preferindo até mesmo morrer a ficar dependendo de alguém para as atividades da vida diária como, comer, tomar banho, deitar, levantar e andar. Para eles, as quedas causam medo pelas suas consequências desastrosas como fratura, ficar hospitalizado, ter que gastar dinheiro com remédio e fisioterapia. A fisioterapia preventiva tem por objetivo ajudar os idosos a superar as constantes ameaças provocadas pela falta de equilíbrio, não só melhorando a capacidade funcional, mas também os conscientizando de suas limitações, recuperando a segurança e a autoestima.

Segundo Messias e Neves (2009), as quedas não são consequência comum e inevitável da idade, mas uma séria ameaça para a saúde e para a independência dos idosos. Mesmo tendo sofrido queda, os idosos não consideram pertencer ao grupo de risco, e por isso não aceitam participar das intervenções adequadas para tratar das causas e evitar novas quedas.

Em um estudo realizado com 69 idosos em seis países da Europa, com a finalidade de aderir ao programa de intervenção de risco de quedas, o autor encontrou como resultados positivos que a participação dos entrevistados foi motivada não apenas em reduzir o risco de quedas, mas também melhorar a saúde de forma geral e manter a independência funcional. Os benefícios psicossociais também foram frequentemente esperados, como aprender coisas novas, conhecer pessoas, melhorar a confiança, a aparência e o humor. Quanto aos fatores negativos, os idosos entrevistados negaram que precisavam das intervenções, apesar da presença de fatores de risco, como uma mobilidade pobre, idade avançada e quedas prévias. Mesmo aqueles que concordaram com o programa continuaram a negar que eles faziam parte do grupo de risco. A relutância de ser visto ou perceber-se como velho e incapacitado pode ser uma influência negativa para a participação nos grupos. A principal razão para a não participação foi a baixa percepção da necessidade, ligada a negação do risco de quedas. Logo, parece ser lógico que os idosos precisam ser sensibilizados sobre o risco de quedas, para que aumentem suas participações nos programas (YARDLEY *et al.*, 2006).

Os programas de intervenção de quedas são muito importantes, pois através deles conseguimos identificar os idosos susceptíveis a cair, programar exercícios de fortalecimento, alongamento e equilíbrio, promover uma conscientização da importância de certas atividades e orientações, no intuito de transformar as representações sociais dos idosos sobre envelhecimento e quedas, visto que, tais representações são marcadas por conteúdos negativos como doença e dependência. Infelizmente, na Unidade de Saúde da Família “Viver Bem”, ainda não existem programas de intervenção, nem tão pouco o profissional Fisioterapeuta engajado nas equipes, dificultando esse processo de implantação.

A **classe cinco, sentidos associados ao envelhecimento e a queda** - denominada sentidos associados à queda em idosos, detém 96 UCE's, correspondendo a 22,91% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 91 palavras com destaque para as que obtiveram maior frequência ou *qui-quadrado*², conforme tabela a seguir.

Tabela 13 - Distribuição dos contextos analisados na classe 5

Classe 5 96 UCE's (22,91%)		
PALAVRA	FREQUÊNCIA	λ^2
Risco	87	157,28
Fratura	65	149,37
Doença	64	145,27

Queda	102	131,38
Fraqueza	93	105,05
Dependente	60	91,20
Osteoporose	42	73,56
Acamado	34	56,30
Hospitalizado	38	51,88
Problema	25	50,90
Morte	19	45,61
Tropicão	49	43,88
Paralítico	30	35,16
Medo	38	34,98
Inutilizado	20	32,56
Tontura	58	30,69
Ruim	62	29,78
Preocupação	20	27,02
Visão	27	26,99
Limitação	19	16,21
Variáveis		
*Mor_4	8	2,89
*Que_0	62	4,50
*Que_3	8	2,38
*Sex_2	73	2,05
Sentidos associados ao envelhecimento e queda		

Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

Essas dimensões são exemplificadas nas UCE's contempladas nas classes nos conteúdos a seguir.

[...] o envelhecimento é solidão, doença, problema, artrose, visão curta. É coisa ruim, morte, inútil, acamado, lembra dor. O risco de queda ocorre por fome, fraqueza, osteoporose, tropicão, buraco [...].

[...] envelhecimento pode ser morte, problema, doença, falta de direito, indignidade. A queda gera mais dependência, fratura, acamado, dor, problema. O risco de cair pode ser por tontura, visão, tropicão, escorregão, morte. Pode ser uma coisa muito ruim, e pior ainda porque nos velhos é tudo mais difícil e complicado [...].

Nessa classe, percebe-se a relação frequente entre queda e envelhecimento. Este último é visto como uma fase que traz solidão, dor, doença, problema, limitação. Por causa do aparecimento de todas essas transformações, os idosos ficam mais susceptíveis a cair. A queda é vista como algo normal que acontece em qualquer idade, mas, nos idosos, torna-se mais complicado, por causa da fraqueza nos ossos, nos nervos, tontura, ficando mais difícil recuperar qualquer perda. A percepção dos idosos é muito importante, posto que, na maioria das vezes, há uma negação sobre o risco de quedas. Eles acham a queda um evento comum e, por isso, negam a existência dela. A mesma só é tratada como um evento importante se

ocasionar algum tipo de dano, caso contrário é tida como um “tropicão ou tombo”. Esses dados corroboram com Aminzadeh e Edwards (1998) que em seu estudo sobre a representação das quedas em idosos, estes associaram as quedas à lesões físicas, traumas psicológicos, deficiências funcionais, dependência e até morte.

Conhecidos os principais contextos temáticos, ou seja, os conteúdos das classes acerca do envelhecimento e do risco de quedas nos idosos, a análise fatorial de correspondência permite avaliar de que modo essas classes de significados e seus conteúdos mais característicos se relacionam entre si. Através dela são revelados os elementos mais significativos que são projetados em planos fatoriais. No gráfico abaixo, pode-se observar a projeção das objetivações sobre o envelhecimento e risco de quedas que se organizam em dimensões temáticas configuradas por: sentidos da queda, consequências da queda, envelhecimento, prevenção das quedas e causas das quedas.

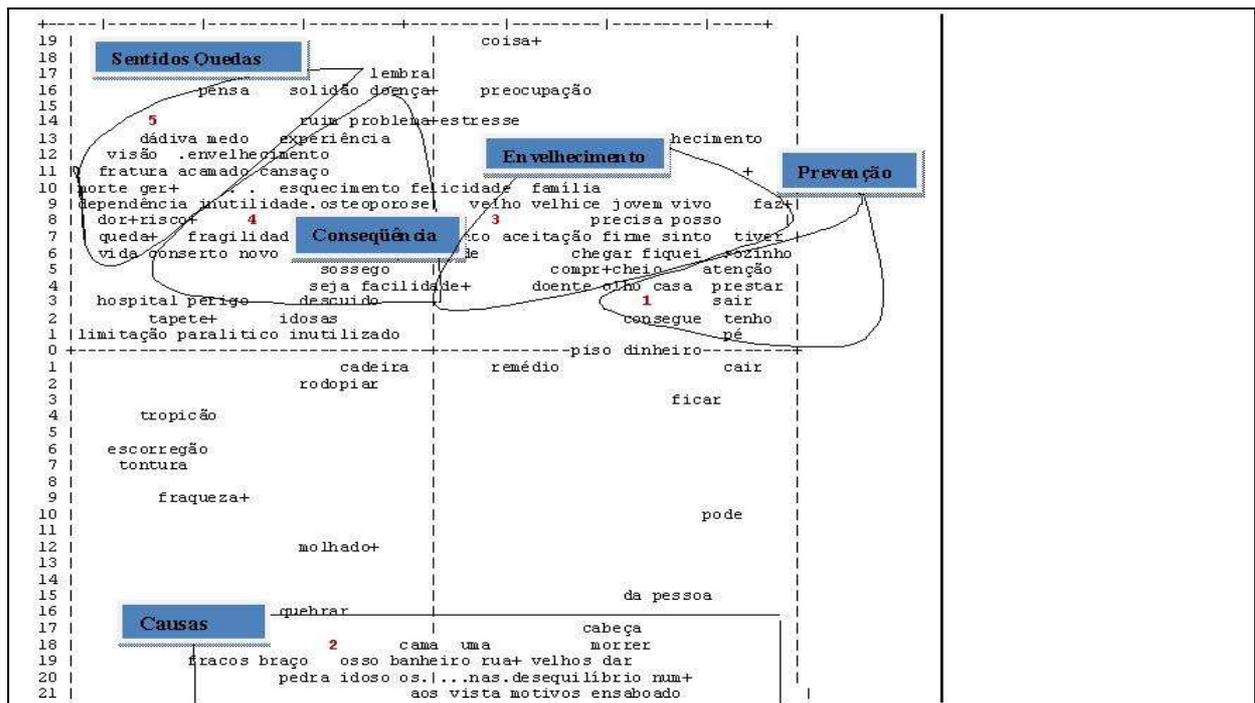


Gráfico 2 - Plano Fatorial de Correspondência das Representações sobre Envelhecimento e Risco de Quedas, elaboradas pelos idosos a partir do ALCESTE
Fonte: Pinho, 2009. Dados da pesquisa.

4.3 Avaliação do Risco de Quedas dos Idosos Entrevistados

A maioria dos idosos entrevistados (58,8%, ou seja 87 idosos) não sofreu quedas. Dos que tiveram quedas, cerca de 71,4% sofreram de 1 a 2 quedas nos últimos doze meses e, a

maioria delas, ocorreu da própria altura (90,5%). Esses dados são ratificados pelos de Schiaveto (2008) nos quais 72,6% sofreram apenas uma queda, em sua maioria da própria altura. Nos estudos de Siqueira *et al.*, (2007), a prevalência de quedas entre os idosos foi de 34,8%, dentre esses indivíduos que sofreram quedas nos últimos doze meses, 55% relatou ter caído uma única vez. Os locais mais frequentes de ocorrência de quedas foram: rua/avenida (25,4%); pátio/quintal (22,0%); banheiro (16,9%) e hall de entrada (13,6%). Esses dados se assemelham com os estudos de Schiaveto (2008) e Carter *et al.*, (2001), nos quais as quedas ocorreram principalmente perto do domicílio, no quintal, dormitório, banheiro e cozinha.

No que diz respeito aos fatores que ocasionaram as quedas, os extrínsecos tiveram uma maior incidência quando comparados aos fatores intrínsecos. Os fatores extrínsecos mais prevalentes foram: pisos escorregadios ou molhados (42,6%); pisos irregulares ou com buracos (35,2%); degrau alto e/ou desnível no piso (16,7%); escadaria sem corrimão (5,6%). Já dos *fatores intrínsecos* os mais prevalentes foram: tontura/vertigem (61,1%); alterações do equilíbrio (47,2%); fraqueza muscular (36,1%) e dificuldade de caminhar (16,1%). Esses dados corroboram com a pesquisa de Schiaveto (2008), que mostrou que os fatores extrínsecos foram mais prevalentes nas quedas em idosos.

Em relação à ocorrência do fator motivador da queda no idoso, se intrínseco ou extrínseco, observa-se, no gráfico 1 abaixo, que somente os fatores extrínsecos estiveram mais presentes em 43% (27 idosos) e, em seguida, ambos os fatores em 40% (25 idosos), enquanto que só fatores intrínsecos foram informados por 17% (11 idosos).

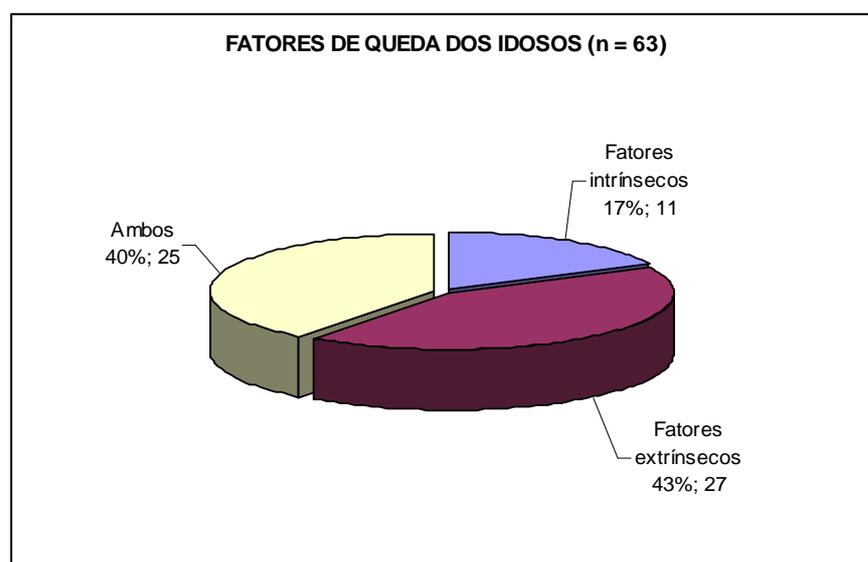


Gráfico 3 - Fatores intrínsecos e extrínsecos de queda nos idosos pesquisados

Fonte: Pinho, 2009.

Fabrizio *et al.*, (2004) constataram, em seu estudo, que um grande número de idosos caíram no próprio domicílio (66%), sendo, em sua maioria, decorrente de ambiente físico inadequado (54%). Esses dados podem ser explicados pelo tempo que os idosos permanecem no domicílio. Isso ocorre porque, apesar da familiaridade com o ambiente, muitas vezes se deparam com condições inseguras como degrau, tapete e chão úmido. Com a prontidão diminuída devido à autoconfiança, trazida pelo conhecimento do ambiente em que vive, a atenção fica reduzida, porque as atividades que desempenham são rotineiras, desse modo, acidentes que poderiam ser evitados são causadores da redução da mobilidade ou da capacidade funcional.

A totalidade dos idosos que caíram (100% = 63 idosos) não fez uso de bebidas alcoólicas antes da queda, porém 15,9% (10 idosos) fizeram uso de medicamentos antes da queda. Esses dados tornam-se importantes, posto que a maioria dos estudos referem o uso de medicamento antes da queda. Segundo Schiaveto (2008), em seu estudo sobre avaliação do risco de quedas em idosos, metade deles fez uso de medicamento. Corroborando com Ribeiro (2008), o qual verificou que a utilização de medicamento constitui um risco de quedas, e a associação de quatro ou mais drogas pode aumentar esse risco.

Para avaliar o risco de quedas nos idosos utilizamos o instrumento *fall risk score*, como citado anteriormente e fizemos o cruzamento de algumas variáveis como faixa etária, sexo e estado civil, podendo ser observado na tabela abaixo.

Tabela 14 - Distribuição conjunta das variáveis sócio-demográficas (faixa etária, sexo e estado civil) dos idosos *versus* risco de quedas

PERFIL	RISCO DE QUEDAS ⁺				Total		Teste de χ^2 Sig. p-valor
	Alto risco		Baixo risco				
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							0.021*
60 a 64	18	48,6	19	51,4	37	24,7	
65 a 69	29	74,4	10	25,6	39	26,0	
70 a 74	25	75,8	8	24,2	33	22,0	
75 a 79	10	66,7	5	33,3	15	10,0	
80 a 84	13	86,7	2	13,3	15	10,0	
85 e +	10	90,9	1	9,1	11	7,3	
Sexo							0.389
Masculino	33	75,0	11	25,0	44	29,3	
Feminino	72	67,9	34	32,1	106	70,7	
Estado civil							0.018*
Solteiro (a)	7	63,6	4	36,4	11	7,3	

Casado (a)	49	59,8	33	40,2	82	54,7	0,11
Divorciado (a)	1	100	-	-	1	0,7	
Separado (a)	5	100	-	-	5	3,3	
Viúvo (a)	43	84,3	8	15,7	11	7,3	
Com quem mora?							
Sozinho	12	92,3	1	7,7	13	8,7	
Acompanhado	93	67,9	44	32,1	137	91,3	
Total	105	70,0	45	30,0	150	100	

* Significância p-valor < 0,05 (resultados significativos)

+ percentual em linha

Depreende-se da tabela acima que com o avanço da idade o risco de queda aumenta, isto é, em idosos com 85 anos ou mais, o risco estimado é de 90,9%, seguido pelo grupo de 80 a 84 anos com 86,7% e, logo após, pelo grupo de 75 a 79 anos, com 66,7%, os homens apresentaram maior risco de quedas (75,0%) quando comparado às mulheres (67,9%), contradizendo o relatado pela literatura, que traz as mulheres como grupo de maior risco de quedas em relação aos homens, embora não seja apresentada significância estatística na aplicação do teste de qui-quadrado. De acordo com estudo, realizado com 4003 idosos, no Rio Grande do Sul, houve uma prevalência de quedas de 40% entre as mulheres devido ao sedentarismo (SIQUEIRA *et al.*, 2007). Entretanto, Morris *et al.*, (2004) constataram em seus estudos que a mulher é uma “caidora ocasional”, ou seja, refere uma queda nos últimos doze meses, devido a presença de condições e de dor. Perracini e Ramos (2002) afirmaram que esse resultado se encontra associado à maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, assim como maior prevalência de doenças crônicas, e uma maior exposição às atividades domésticas.

No que diz respeito à relação entre o risco de quedas e o estado civil, apenas os solteiros e casados obtiveram índices menores de 65,0%. Em relação à moradia, a variável sozinho apresentou um risco de 92,3%. Logo, ter idade avançada, ser do sexo masculino, morar sozinho e ser separado, divorciado ou viúvo, constituem fatores de risco de quedas para os idosos entrevistados nesse estudo.

Dessa forma, constatou-se que idade avançada, quedas anteriores, morar sozinho, tomar medicamento constituem risco de quedas. Uma vez estabelecido os idosos mais susceptíveis a cair, faz-se necessário implantar programas de intervenção, no intuito de reabilitar os idosos que caíram, melhorar as condições biopsicossociais daqueles que ainda não caíram, orientar para evitar novos eventos, diminuir o número de óbitos por quedas e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivos conhecer as representações sociais do envelhecimento e do risco de quedas e avaliar o risco de quedas dos idosos atendidos na Unidade de Saúde da Família “Viver Bem”. Os sujeitos estudados apresentaram idade média de 71 anos, com predominância do sexo feminino, correspondendo a 70,7% do total de entrevistados, sendo a maioria casados.

No contexto da teoria das representações sociais, buscou-se captar as representações vividas pelos idosos nas falas de suas experiências cotidianas e de suas relações experimentadas. Os resultados obtidos demonstraram que as representações sociais sobre envelhecimento e risco de quedas são permeadas por conteúdos muito mais negativos que positivos, como doença, incapacidade, dependência, solidão, tristeza, sendo representados como «perdas» e «incapacidades», demonstrando as dificuldades vivenciadas pelos idosos do estudo frente a essa fase da vida.

Apesar da maior parte dos idosos desse estudo não terem sofrido queda, eles representaram a queda como algo comum, normal, mas que causa medo pelas consequências que podem ocasionar como, principalmente, a «inutilidade», «dependência». O medo de depender de terceiros, para a realização de atividades de vida diária, era muito grande, tanto que muitos relataram que preferiam a morte. Os idosos atribuíram as causas das quedas aos fatores extrínsecos ou ambientais como, piso molhado, ensaboador, irregular e escada sem corrimão, e quando se referiam aos fatores intrínsecos como, fraqueza nas pernas e tontura, relacionaram aos aspectos da velhice, e relataram que a única forma de preveni-las seria ter «mais atenção», «cuidado», ou que era. «coisa de Deus». Por um lado, percebe-se a racionalidade no contexto quando eles representam que precisam ter mais cuidado para não cair, mas por outro lado observamos a espiritualidade, ou seja, eles vinculam a prevenção da queda à Deus.

Esse estudo aponta, à semelhança do que vem sendo sistematicamente revisto na literatura, que as ações voltadas para diminuir o risco de quedas necessitam de uma abordagem multidimensional e multiprofissional, o que só é possível por meio da ação integrada e especializada de uma equipe. Para isso, é fundamental que os profissionais da saúde compreendam o processo de envelhecimento e o risco de quedas, no intuito de realizar medidas preventivas e direcionar seus esforços na construção de um futuro digno e humano a todos. Contudo, faz-se necessário uma conscientização da população, para que esse evento tão frequente não seja tratado apenas após a sua ocorrência, mas trabalhado, no sentido de implementar ações preventivas, proporcionando, desta forma, uma melhor qualidade de vida

aos idosos, assim como uma redução nos gastos destinados ao tratamento das consequências das quedas.

A representação dos idosos é muito importante, posto que, na maioria das vezes, há uma negação sobre o risco de quedas. Eles acham a queda um evento comum e, por isso, negam a existência dela. A mesma só é tratada como um evento importante se ocasionar algum tipo de dano, caso contrário é tida como um “tropicão ou tombo”.

Diante disso, espera-se que tais resultados possam contribuir para a compreensão das representações sociais sobre envelhecimento e risco de quedas, fornecendo subsídios para que as diversas áreas da saúde como, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, encontrem formas de pensar em práticas sociais de atendimento adequado e de intervenção frente à velhice e ao risco de quedas, favorecendo a qualidade de vida dos idosos e auxiliando-os no exercício de cidadãos e atores sociais, na sociedade contemporânea. É importante destacar a necessidade de novos estudos, que possam identificar possíveis mudanças nas representações, já que as mesmas não são estanques e transformam-se a cada realidade, e suas consequências na construção psicossocial do envelhecimento e do risco de quedas

É sabido das limitações relativas a esse estudo, porém espera-se que este possa subsidiar políticas públicas para proporcionar um envelhecimento digno e financiar programas de prevenção de queda nos idosos, uma vez que os dados apresentaram representações sociais constituídas por uma imagem muito mais negativa que positiva da velhice. Desse modo, torna-se fundamental a implantação de programas de atenção ao idoso, colaborando para uma velhice bem-sucedida e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: D. Jodelet (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

AMINZADEH, F.; EDWARDS, N. Exploring seniors' views on the use of assistive devices in fall prevention. **Public Health Nursing**, v.15, n.4, p. 297-304, 1998.

ARANGO, H. G. **Bioestatística – Teórica e Computacional**. Rio de Janeiro – RJ: 2ª edição, editora Guanabara Koogan, 2005.

BARBOSA, M. L. J.; NASCIMENTO, E. F. A. Incidência de internações de idosos por motivo de queda em hospital geral em Taubaté. **Rev. Biociênc**, v. 7, n. 1, p. 35-42, 2001.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A. Perfil da população brasileira, 2000. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/relatorios_tecnicos/relatorios/RT_01_00.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.

BENEDETI, T. R. B. et. al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p: 302-307, 2008.

BEZERRA, A. F. B. et. al. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, p.809-815, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Congresso. **Lei n° 8080** de 19 de setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. **Lei 8.842**, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p.

BRASIL, Associação Brasileira De Normas Técnicas NBR 9050. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Relatório Nacional sobre Envelhecimento Populacional. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. IN: MOREIRA, A.S.P. *et al.*, (Org). **Prespectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p 511-539.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. *In*: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M.L.; Rocha, S.M. (eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap 6, p. 58-71.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Rev. Estudos Avançados**, v. 17, n.49, p. 35-63, 2003.

CARTER, N. D. et. al. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. **Sports Med.**, v. 31, n. 6, p. 427-438, 2001.

CARVALHO, J. A. M. Garcia RA. O Envelhecimento da população Brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 725-733, 2003.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

DOWNTON, J. H. **Falls in the elderly**. London: Editora British Library Cataloguing in Publication Data, 1993. 158p.

FABRÍCIO, S. C. C. **Quedas com Idosos Atendidos em um Hospital Governamental do Interior Paulista**: causas e conseqüências. 2002 75p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

FABRÍCIO, S. C. C. et. al. Causas e conseqüências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.2, p. 409-415, 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FULLER, G. F. Falls in the elderly. **Am Family Physician**, v. 6, p. 2159-2168, 2000.

GANANÇA, F.F. et. al. Circunstâncias e conseqüências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. **Rev. Bras.Otorrinolaringol**, v. 72, n.3, p.388-393, 2006.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003.

HONEYCUTT, P. H.; RAMSEY, P. Factors contributing to falls in elderly men living in the community. **Geriatric Nursing**, v.23, n.5, p. 250-257, 2002.

HOROCHOVSKI, M. T. H. Representações Sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 2, n 1, p. 92-106, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

JESUINO, J. C. (Org.). **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Ed.Universitária /UFPB, 2003. p. 51-79.

JODELET, D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

KELLER, I. **Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum**. Geneva, World Health Organization, 2002.

KELLY, K. D. et. al. Medication use and falls in community-dwelling older persons. **Age and Aging**, v. 32, p. 503-509, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

MACHADO, T. R. *et al.* Avaliação da presença de riscos para queda em idosos. **Rev Eletr. Enf.**, v. 11, n.1, p. 32-38, 2009.

MARTIN, Finbarr; HUSK, Janet; FOSTER, Nena; BALLINGER, Claire; WILLIAMS, Michelle Spencer. **Older people's experiences of falls and bone health services report.** Patient and Public Involvement .1st September, 2008. 54p.

MASSUD, T; MORRIS, R. O. Epidemiology of falls. **Age Ageing**, v. 30, n. 4, p. 3-7, 2001.

MELO, M. F. V.; GOUVEIA, M. G. C. Contribuições sobre a teoria das representações sociais. **Revista Interloquções**. v. 1, n. 1, p. 40-51, 2001.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.2, p. 275-282, 2009.

MORRIS, M. *et. al.* Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home. **Aust. J. Physiother**, v. 50, n. 3, p. 153-159, 2004.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 29-109.

NÉRI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G. (Org.) **Velhice e Sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999.

NÓBREGA, S. M. Sobre Teorias das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. Paredes (Org.) **Representações Sociais: Teoria e Prática**. 2. ed. João Pessoa: Universitária, 2003.

OMS (2000). **Global Forum for Health Research: The Report on Health Research**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2000/en/index.html>>. Acesso em: 25 mai 2008.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington: OPAS, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. 230p.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n.3,p. 383-391, 2005.

PEREIRA, S. R. M *et al.* **Quedas em Idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2001.

PERRACINI, M; RAMOS,L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista. Saúde Pública**, v.36, n.6, p. 709-716, 2002.

RIBEIRO, A. P *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1265-1273, 2008.

RUBEINSTEIN, L. Z. The Epidemiology of falls and syncope. **Clin Geriatr.Med.** v.18, p.141-158, 2002.

SANTOS, S. R. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev Latinoam Enferm**, v.10, n.6, p.757- 764, 2002

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Comunidade**. 2008 117f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 749-756, 2007.

TINETTI, M.E. Falls in Elderly Persons. **N Engl J Med**, v. 348, p. 42-49, 2003.

UCHÔA, E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 849-853, mai-jun, 2003.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. 5. ed. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian, 2002.

VASSALO, M. *et al.* A comparative study of the use of four falls risk assessment tools on acute medical wards. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 53, p. 1034-1038, 2005.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 2, Porto Alegre, 1999.

VIEIRA, T. R; NASCENTES, C. O idoso, a publicidade e o direito do consumidor. **Jus Navigandi**, v. 8, n. 179, 2004. Disponível em: <<http://jus2uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4621>>. Acesso em: 25 set.2009.

YARDLEY, L. *et al.* Older people's views of falls-prevention interventions in six european countries. **The Gerontologist**, v.46, n. 5, p. 650-660, 2006.

APÊNDICE

A 10) Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio?

- (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR

A 11) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me:

- (1) O Sr.(a) veio morar aqui?
 (2) As outras pessoas vieram morar co o Sr.(a)?
 (88) Não se aplica
 (99) NS/NR

A 12) Qual a principal razão pela qual o Sr.(a) /outras pessoas mora(m) aqui? (aplicar apenas se a resposta do item anterior for 1 ou 2)

- (1) Estar perto de/ou com o(a) filho(a)/ pais
 (2) Estar perto de/ou com familiares ou amigos
 (3) Estar perto dos serviços de saúde
 (4) Medo da violência
 (5) Falecimento do(a) esposo(a) / companheiro(a)
 (6) Por união conjugal
 (7) Por separação conjugal
 (8) Custo da moradia / situação financeira
 (9) Precisava de cuidado
 (10) Outro _____
 (88) Não se aplica
 (99) NS/NR

A13) Quantos filhos próprios teve? _____ (99) NS/NR

A14) Quantos filhos adotivos teve? _____ (99) NS/NR

A15) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR

A16) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma

- (1) Católica
 (2) Protestante ou Evangélica
 (3) Espírita
 (4) Judaica

(5) Outra (especifique) _____

(99) NS/NR

A17) Quando o Sr.(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde, que tipo de serviço utiliza como primeira opção?

(1) SUS

(2) Convênio de saúde

(3) Particular

(4) Farmácia

(5) Benzedeira

(6) Outro (especifique) _____

(88) Não se aplica

(99) NS/NR

B-PERFIL SOCIAL

B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ (99) NS/NR

B2) Qual é a renda mensal em reais (em salários mínimos – SM):

Idoso: (0) não tem (1) tem _____ em reais

Família: (incluir idosos): (1) 1 SM (2) 2 SM (3) 3-5 SM (4) 6-9 SM (5) + 10 SM

B3) Qual (is) dessas rendas o Sr.(a) tem?

(1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR

B3a) Aposentadoria

B3b) Pensão

B3c) Aluguel

B3d) Trabalho Próprio

B3e) Doações (família, amigos, instituições)

B3f) Outras _____

B4) Há quantos anos você está aposentado (a)? _____ (99) NS/NR

B5) No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o (a) Sr.(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc).

(1) Muita boa

(4) ruim

(2) Boa

(5) Péssima

(3) Regular

(99) NS/NR

- N2) Cama
- N3) Cadeira ou poltrona
- N4) Cadeira de banho e/ou vaso sanitário
- N5) Própria altura
- N6) Árvore
- N7) Escada
- N8) Telhado
- N9) Outro _____ Qual? _____

N10) Na última vez em que o Sr.(a) caiu fez uso de bebida alcoólica, pouco antes da queda?
 (0) Não (1) Sim (99) NS/NR

N11) Antes da queda, fez uso de algum medicamento?
 (0) Não (1) Sim (99) NS/NR

A causa da queda do (a) Sr.(a) foi:
 (0) Não (1) Sim (99) NS/NR

FATORES INTRÍSECOS

- N12) Dificuldades para caminhar
- N13) Alterações do equilíbrio
- N14) Fraqueza muscular
- N15) Tontura/ vertigem
- N16) Hipotensão postural (pressão baixa)
- N17) Confusão mental
- N18) Perda da rigidez do corpo sem perda da consciência
- N19) Desmaio (perda da consciência)

N20) Outra _____ Qual? _____

FATORES EXTRÍNECAS

- N21) Falta de iluminação adequada no domicílio
- N22) Tapetes soltos
- N23) Pisos irregulares ou com buracos
- N24) Pisos escorregadios ou molhados
- N25) Degrau alto e/ou desnível no piso
- N26) Objetos no chão
- N27) Animais domésticos
- N28) Subir em objeto/móvel para alcançar algo no alto
- N29) Escadaria sem corrimão
- N30) Banheiro sem apoio/barra

N31) Outro _____ Qual? _____

No momento da queda o Sr.(a) estava com:

(0) Não (1) Sim (99) NS/NR

N32) Roupas longas que atrapalhavam a marcha

N33) Calçados inadequados (chinelos, outro calçado não preso no pé, solado liso, etc...)

N34) Acessórios de apoio (bengala, andador...)

N35) Outro _____ Qual? _____

O local em que o Sr.(a) caiu foi:

(0) Não (1) Sim (99) NS/NR

N36) Pátio / quintal

N37) Cozinha

N38) Hall de entrada

N39) Dormitório / quarto

N40) Outros

Entrevista Semiestruturada - Parte 2 – REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Envelhecimento lembra:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque a mais importante com um X)

Queda lembra:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque a mais importante com um X)

Risco de Queda lembra:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque a mais importante com um X)

Questões:

1) Fale sobre quedas em idosos.

2) Quais os riscos de quedas em idosos para o sr(a)?

3) O que significa sofrer uma queda?

4) Já sofreu alguma queda?

5) Como o idoso pode prevenir a queda?

6) O que significa o envelhecimento para o sr(a)?

Parte 4 – Dados obtidos da Observação Sistemática, ou informados diretamente pelos idosos entrevistados e/ou cuidadores..

ANEXOS

ANEXO A**RISCO DE QUEDAS (Fall Risk Score de Downton) –R**

Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco (*) - sim (1) não (0)

R1) Quedas anteriores: Não
Sim *

R2) Medicções: Nenhuma
Traquilizantes/sedativos *
Diuréticos *
Anti-hipertensivos *
Drogas antiparquisonianas *
Antidepressivos *
Outras medicações

R3) Déficit sensorio: Nenhum
Visão Prejudicada *
Audição prejudicada *
Membros (amputação, AVC, neuropatia, etc.) *

R4) Estado mental: Orientado
Confuso (MEEM menor 24/30) *

R5) Marcha (modo de andar):
Normal
Seguro com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador, ...)
Inseguro com/sem equipamento *
Incapaz

- **Pontuação igual ou superior a 3 indica um alto risco de quedas**

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Representações Sociais do risco de quedas em idosos e está sendo desenvolvida por Tatyana Ataíde Melo de Pinho, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonia Oliveira Silva.

Os objetivos do estudo são: traçar o perfil sócio-demográfico e de quedas dos idosos da comunidade “Viver Bem”; avaliar o risco de quedas; verificar as representações sociais dos idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde sobre envelhecimento e risco de quedas.

A finalidade deste trabalho é conhecer como os idosos representam o risco de quedas e avaliá-los, no contexto das Unidades Básicas de Saúde, possibilitando dimensionar um diagnóstico sobre a possibilidade de quedas, que será de extrema importância para intervenção. Sua participação neste estudo é estritamente voluntária. Portanto, os participantes não serão reembolsados ou compensados financeiramente de nenhuma maneira. Então, ainda que não haja benefícios diretos para os participantes deste estudo, você poderá certamente, ter orgulho em saber que em virtude de sua participação, você, indiretamente, tem ajudado no progresso da ciência. Os resultados do estudo estarão disponíveis para você ao término.

Solicitamos a sua colaboração para responder as entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

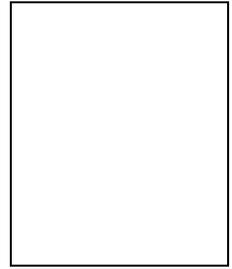
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



Contato com o Pesquisador (a) Responsável:
pesquisador (a) Antonia Oliveira Silva.
Endereço: Av. Presidente Artur Bernades, 151, Bessa, João Pessoa – PB.
Telefone: (83) 3245-4294