



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

ADRIANA DE AZEVEDO SMITH MARQUES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AVALIAÇÃO DO
RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS

JOÃO PESSOA - PB

2011

ADRIANA DE AZEVEDO SMITH MARQUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AVALIAÇÃO DO RISCO DE
QUEDAS EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva

JOÃO PESSOA - PB

2011

ADRIANA DE AZEVEDO SMITH MARQUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AVALIAÇÃO DO RISCO DE
QUEDAS EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Antonia Oliveira Silva
Orientadora

Profª. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (USP/RP)
Membro

Profª. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira (UESB)
Membro

Profª. Dra. Jordana de Almeida Nogueira (UFPB)
Membro

Aos meus pais, Marco e Fátima,
por sempre me incentivar e acreditar
em minha capacidade.

Ao meu marido, Renan, por todo
companheirismo, cumplicidade e Amor

À todos os idosos que participaram
dessa pesquisa

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À Deus o grande idealizador de minha vida por ter me impulsionado a seguir em frente, e ter posto em meu caminho pessoas abençoadas, que me ajudaram a prosseguir com paz e perseverança.

À minha orientadora, prof^a Dra. Antonia Oliveira Silva, por quem tenho grande admiração e respeito, por todo carinho, apoio, dedicação e conhecimentos a mim dispendidos. Agradeço, sobretudo, pela oportunidade dada e por ter acreditado em meu potencial.

Às professoras Doutoras, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira e Jordana de Almeida Nogueira pela disposição e pelas importantes contribuições não só para a finalização desse trabalho, mas em toda minha formação acadêmica.

Aos meus amados pais, Marco e Fátima, pelos esforços, dedicação e pelo inestimável apoio durante todo o meu mestrado. Agradeço pela educação dada e pelo amor incondicional que me dedicaram ao longo da minha vida. Aos meus irmãos, Andréa e Marquinho, grandes incentivadores, irmãos maravilhosos, presente e amáveis, com os quais mesmo em volta de seus problemas, sempre obtive palavras de afeto e motivação constante.

Ao meu marido, Renan, por quem eu sinto um imenso amor e admiração, por todo amor, dedicação e por sempre estar ao meu lado, me apoiando e incentivando e ultrapassando, juntos, todos os obstáculos.

Aos meus familiares, tios, primos, sogros, cunhados e sobrinho por todo apoio e carinho e por estarem sempre ao meu lado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, materializados em professores, colegas e funcionários pelos aprendizados proporcionados e pela convivência.

Ao professor Vanderlei Hass, por toda contribuição na análise dos meus dados.

Aos meus amigos eternos pelo incentivo, pelos excelentes momentos compartilhados e pela dedicação. Em especial, à minha amiga, Nícia, por todo auxílio na construção de minha análise estatística.

Aos meus queridos amigos do Clementino Fraga, por toda companhia e auxílio.

Ao G7, querido grupo, na qual tive a honra de participar, por todo apoio e auxílio prestados e todo divertimento proporcionado. E as outras queridas companheiras, Katya, Lourdes, Tatyanni, Sônia e Luípa pela convivência e trocas durante todo o mestrado, em busca do crescimento acadêmico, regado a momentos de descontração.

À todos os alunos do PIBIC e participantes do GIEPERS que auxiliaram na coleta dos dados.

À CAPES pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento dessa pesquisa e ao Ministério da Saúde, por auxiliar a realização de pesquisas dessa magnitude.

À todos os idosos, que tão bem nos receberam em suas residências, por toda paciência, acolhimento e por todos os ensinamentos proporcionados.

À todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização e desenvolvimento dessa pesquisa.

De Tudo, Ficaram Três Coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto Devemos:

fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura...um encontro"

(Fernando Sabino)

RESUMO

MARQUES, A.A.S. **Representações sociais e avaliação do risco de quedas em idosos.** 2011. 119f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

O crescimento da população idosa constitui-se um fenômeno mundial e tem como consequência o aumento na prevalência de doenças e condições crônicas não transmissíveis, tornando, assim, os idosos mais propensos a apresentar múltiplas comorbidades que podem resultar em quedas. De tal maneira, este estudo tem como objetivos: caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos que vivem em domicílio; estimar a proporção de idosos da população que sofreram quedas; avaliar o risco de quedas dos idosos; comparar os idosos com risco de quedas com idosos sem risco em relação à fatores demográficos, sociais, cognitivos, presença de quedas e co-morbidade auto-referida; identificar as representações sociais sobre quedas construídas pelos idosos; e explorar a importância das representações sociais sobre quedas na adesão a prevenção de riscos de quedas. Para tanto, trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e transversal, de natureza quanti-qualitativa, realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, com 240 idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos. Os dados foram coletados a partir de Entrevista, Teste de Associação Livre de Palavras; Perfil social, Instrumento do risco de quedas e avaliação de quedas. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo Categorical, o Software Alceste e o SPSS 11.5. Os resultados encontraram predomínio do sexo feminino e de indivíduos da faixa etária de 70 a 74 anos; dos que sofreram quedas houve predomínio do sexo feminino; 61,5% da própria altura e 55,8% no próprio domicílio; fator intrínseco: alteração de equilíbrio (50%); fator extrínseco: degrau alto ou com desnível no piso (23,7%); 11,5% tiveram fratura como consequência; consequência física mais frequente. Na associação entre o risco de quedas, mensurado pelo *Fall Risk Score*, com o sexo, a faixa etária, o desempenho cognitivo e a presença de quedas todas as variáveis apresentaram significância estatística, $<0,001$, $0,054$, $<0,001$ e $<0,001$, respectivamente e contribuíram para a ocorrência das quedas; hipertensão arterial, visão prejudicada, problemas de coluna, osteoporose e doenças reumatológicas foram as morbidades que se relacionaram de forma estatisticamente significativa com a ocorrência de quedas. A análise a partir do Alceste reteve 215 UCE's (87,76%), dividindo o corpus em sete classes: descrições negativas sobre quedas; relacionadas a ser idoso; fatores causais das quedas; descrições associadas às quedas e ser idoso; imagens associadas às quedas e a ser idoso; consequências físicas e psicossociais relacionadas às quedas. A maioria dos idosos tem representações negativas sobre as quedas. Assim sendo, considera-se que os estudos que unam a avaliação do perfil das quedas com a visão dos idosos sobre esses eventos são importantes e devem ser incentivados.

Palavras-chave: Idoso; Quedas; Risco; Representações sociais; Comunidade.

ABSTRACT

MARQUES, A.A.S. **Social representations and risk assessment of falls in elderly.** 2011. 119f. Dissertation (Masters). Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

The aging population is itself a worldwide phenomenon and causes an increase in the prevalence of diseases and chronic degenerative conditions, thus making the elderly more likely to have multiple comorbidities that could result in falls. For both this study aims to: characterize the socio-demographic profile of elderly in the community, estimate the proportion of elderly people who have suffered falls, assess the risk of falls among the elderly, to compare the elderly at risk of falls in older people without risk relation to demographic, social, cognitive, presence of co-falls and self-reported health, identifying the social representations built on falls by elderly people, and explore the importance of social representations about the membership falls risk prevention of falls. To this end it is an epidemiological, observational and cross-sectional quantitative and qualitative in nature, in the city of Joao Pessoa, Paraiba, with 240 individuals over 60 years, of both sexes. Data were collected from interviews, Tests of Free Association of Words; instrument of risk assessment of falls and falls. For the data analysis used the categorical content analysis, the SPSS 10.5 software Alceste. The results found a predominance of females and individuals from age 70 to 74 years, those who have suffered falls were predominantly female, 61.5% fell from her height and 55.8% in the residence; intrinsic factor: change balance (50%), extrinsic factor: a high step or unevenness on the floor (23.7%), 11.5% had fractures as a result, more frequent physical consequence. In the association between the risk of falls, as measured by Fall Risk Score, sex, age, cognitive performance declines and the presence of all variables statistically significant, <0.001, 0, 054, <0.001 and <0.001, respectively and contributed to the occurrence of falls, hypertension, impaired vision, back problems, osteoporosis and rheumatic diseases were the morbidities that are statistically significantly correlated with the occurrence of falls. The analysis from Alceste retained 215 UCE's (87.76%), dividing the body into seven classes: negative descriptions about falls, related to being elderly; causal factors of falls and descriptions associated with falls and the elderly; images associated with falls and to be elderly, physical consequences and psychosocial consequences related to falls. Most seniors have negative portrayals over the falls. Therefore, we believe the studies that bring together the assessment profile of the falls of the elderly with the vision of these events are important and should be encouraged.

Keywords: Elderly; Fall; Risk; Social representations; Community.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACT	Análise de Conteúdo Temática
ADM	Amplitude de Movimento
ALCESTE	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte
AVD's	Atividades de Vida Diária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo
FRS	Fall Risk Score
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MEEM	Mini-exame do estado mental
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPB	Universidade de Federal da Paraíba
UCI	Unidades de Contexto Iniciais
UCE's	Unidades de Contexto Elementares
UPA	Unidade Primária da Amostragem

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Projeção de crescimento da proporção da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo – Brasil – 2000-2020	27
Figura 2. Proporção da população residente de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais – 2000	28
Figura 3. Fatores intrínsecos e extrínsecos que contribuem para quedas no idoso	39
Figura 4. Mapa do estado da Paraíba com a respectiva localização do município de João Pessoa	47
Figura 5. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	72
Figura 6. Palavras associadas significativamente à classe 1	73
Figura 7. Palavras associadas significativamente à classe 2	75
Figura 8. Palavras associadas significativamente à classe 3	76
Figura 9. Palavras associadas significativamente à classe 4	78
Figura 10. Palavras associadas significativamente à classe 5	79
Figura 11. Palavras associadas significativamente à classe 6	81
Figura 12. Palavras associadas significativamente à classe 7	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Progressão da Expectativa de vida no Brasil.....	26
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos idosos que vivem no domicílio segundo: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, cor da pele e com quem mora. João Pessoa, 2011 (n=240).....	58
Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo sexo, número de quedas, altura e local das quedas, uso de bebida alcoólica e de alguma medicação antes da queda. João Pessoa, 2011 (n=240).....	59
Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo sexo, fatores intrínsecos e fatores extrínsecos das quedas. João Pessoa, 2011 (n=240).....	63
Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo sexo, consequência da queda e tipo da consequência, local da fratura e resultado da consequência, João Pessoa, 2011 (n=240).....	65
Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo risco de quedas, sexo, faixa etária, desempenho cognitivo e quedas. João Pessoa, 2011 (n=240)	66
Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo risco de quedas e co-morbidades auto-referidas mais prevalentes. João Pessoa, 2011 (n=240).....	68
Tabela 8. Análise de regressão logística envolvendo o risco de quedas e preditores. João Pessoa, 2011 (n=240).....	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Objetivação do envelhecimento e das quedas	85
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	19
1.1 Delimitação do Objeto de Estudo	20
CAPÍTULO II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1 Envelhecimento Populacional	26
2.1.1 Considerações acerca do envelhecimento e suas alterações.....	30
2.2 Quedas em Idosos.....	34
2.2.1 Fatores de risco para quedas	38
2.2.2 Prevenção de quedas	42
2.3 Representações Sociais no Campo da Saúde.....	43
CAPÍTULO III PERCURSO METODOLÓGICO	48
3.1 Tipo de Estudo.....	49
3.2 Local do Estudo.....	49
3.3 População e Amostra.....	50
3.3.1 Processo de amostragem.....	50
3.4 Procedimento de Coleta de Dados	51
3.5 Instrumentos de Coleta de Dados	51
3.5.1 Entrevista semi-estruturada	51
3.5.2 Informações pessoais, perfil social e problemas de saúde	52
3.5.3 Mini-exame do estado mental (MEEM).....	52
3.5.4 Instrumento do risco de quedas.....	53
3.5.5 Instrumento de quedas.....	54
3.6 Análise dos dados	54
3.7 Aspectos Éticos	56
CAPÍTULO IV RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 Caracterização Sócio-demográfica	58
4.2 Perfil das Quedas	61
4.3 Associação do Risco de Quedas com Diversas Variáveis	68
4.4 Representações Sociais sobre Idoso e Quedas.....	74

CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A	105
APÊNDICE B	107
ANEXO A	109
ANEXO B	110

Apresentação

Atualmente, envelhecer é uma realidade que atinge a população mundial. Entretanto sabe-se que essa mudança não ocorreu de forma igualitária nos diferentes países

Nos países desenvolvidos o processo de envelhecimento ocorreu de forma gradativa e se deu por melhorias dos parâmetros de saúde, enquanto os em desenvolvimento foram marcadas por rápidas mudanças na pirâmide populacional, não havendo, assim, preparo dos órgãos governamentais para lidar com a situação vigente. (VERAS, 2009).

No Brasil, vem ocorrendo um abrupto envelhecimento da população, o que representa uma conquista, mas, sobretudo, um desafio devido às demandas sociais e econômicas que trazem para a sociedade, além de uma série de questionamentos para os gestores e pesquisadores do campo da saúde (FREITAS, 2004; VERAS, 2009).

Dentre esses questionamentos está a manutenção, por maior tempo possível, da capacidade funcional, uma importante avaliação dentro do processo de envelhecer e que só foi enfatizada dentro das políticas públicas, há menos de uma década: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 2006.

Portanto, associado a esse acelerado envelhecimento tem-se a maior vulnerabilidade do idoso, resultando em incapacidades físicas que podem ser resultados e resultantes dos eventos de quedas, um dos principais problemas do idoso e que são, muitas vezes, subnotificadas. Porém mesmo quando provocam lesões menores, elas podem afetar seriamente a qualidade de vida dos idosos (GAWRYSZEWSKI, 2010).

A queda é, ainda, um complexo fenômeno de origem multifatorial, ocasionada por fatores intrínsecos, relacionada ao próprio e aos fatores extrínsecos, associada à interação do indivíduo com o meio-ambiente (SIQUEIRA et al., 2007).

Portanto, o envelhecimento é um processo plural, não podendo, pois, ser compreendido como um processo homogêneo, uma vez que apresenta variações constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores (DEBERT, 1999). Fato ainda mais marcante, quando atrelado as representações sociais do envelhecimento encontra-se as representação sobre quedas e o risco que as mesmas trazem para a qualidade de vida dos idosos.

Sendo assim, a investigação das características e dos fatores de risco das quedas associadas a visão dos idosos sobre esses eventos através do aporte teórico das representações sociais (MOSCOVICI, 1978) pode auxiliar na elaboração de estratégias a fim de minimizar o dano.

Dessa forma, esse estudo encontra-se estruturado da seguinte forma: o **primeiro capítulo** – trata da *construção do objeto de estudo*, procura trazer à tona a problemática do

estudo, a justificativa, os questionamentos que guiam o interesse pelo estudo, a relevância do fenômeno do envelhecimento e das quedas no olhar de idosos e os objetivos do estudo;

O **segundo capítulo** – *fundamentação teórica*, subdividido em três partes: a *primeira* menciona o processo de envelhecimento da população; a *segunda parte* faz uma breve abordagem sobre quedas, em particular, na população idosa; a *terceira parte* aborda as representações sociais no campo da saúde enquanto aporte teórico importante nesse estudo.

O **Terceiro capítulo** – *percurso metodológico* trata do delineamento metodológico do estudo, como: tipo e local do estudo, população e definição da amostra e aspectos éticos, instrumentos utilizados para coleta de dados, procedimento e análise dos dados coletados;

O **quarto capítulo** apresenta os *resultados e discussão dos dados da pesquisa*, a caracterização sócio-demográfica, o perfil das quedas, a associação do risco de quedas com diversas variáveis e as representações sociais sobre Idoso e Quedas, e em seguida, as *considerações finais* do estudo.

CAPÍTULO I

Construção do Objeto de Estudo

1.1 Delimitação do Objeto de Estudo

O crescimento da população idosa constitui-se um fenômeno mundial e ocorre em um nível sem precedentes. Esse processo de envelhecimento decorre, principalmente, como resultado do declínio nas taxas de mortalidade e nas de fecundidade, dos avanços na produção do conhecimento e na tecnologia aplicada à melhoria das condições de vida, afetando diretamente, e de forma significativa, na estrutura etária da população (FREITAS, 2004).

Portanto, a população idosa é a que mais cresce no mundo. Aproximadamente dois terços da população mundial são idosos e estima-se que poderá chegar a 75% em 2025 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization (OMS/WHO) no final do século passado era estimado 590 milhões de indivíduos com idade superior a 60 anos, e prevê para 2025 o montante de 1 bilhão e 200 milhões, atingindo 2 bilhões em 2050 (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). Esse acelerado crescimento no número de idosos foi mais acentuado nos países em desenvolvimento. Em relação aos países desenvolvidos, a ONU destaca que no período correspondente entre 1970 e 2000, o crescimento observado foi de 54%, enquanto nos países em desenvolvimento, esse fenômeno foi ainda mais significativo e acelerado, atingindo 123%.

No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 17 milhões em 2006 (OMS, 2002; VERAS, 2007). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Nordeste é segunda região com maior número de idosos do país, e a Paraíba segue as projeções nacionais em número de idosos, em 2000 correspondia a 360 mil idosos, sendo previsto 770 mil para 2025 (IBGE, 2000).

Esse eminente e abrupto processo de envelhecimento, especialmente da população brasileira, iniciado 50 anos após os países desenvolvidos, representa uma conquista, mas, sobretudo, um desafio devido às demandas sociais e econômicas que despontam de forma crescente em todas as nações, sendo necessária a implantação efetiva de políticas específicas que propiciem um envelhecimento ativo, com respeito aos direitos, as prioridades, as capacidades e a dignidade dos idosos (FREITAS, 2004; GAWRYSZEWSKI, 2010).

Neste contexto é válido admitir que o mundo se conscientizou de quão importante é o conhecimento desse processo, quer social quer governamental, demonstrado por maior visibilidade sobre o processo de envelhecimento, através de pesquisas e de políticas públicas, entretanto, muito ainda deve-se caminhar para esse conhecimento seja efetivo na prática.

Desse modo, as mudanças demográficas decorrentes do envelhecimento populacional requerem novas modificações em relação aos serviços de saúde. Devendo, para tanto, haver preparação do país para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada em 2006, norteia as ações no setor de saúde e a indicação das responsabilidades institucionais, com foco central de promoção do envelhecimento saudável e a manutenção máxima, pelo maior tempo possível, da capacidade funcional que é necessária para uma vida independente e autônoma, assim como a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Portanto, o conceito de saúde para a população idosa deve reger o paradigma da capacidade funcional, que consiste no prejuízo das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (POLARO, 2001; BRASIL, 2006).

Entretanto, o que se observa na prática é o constante despreparo por parte dos órgãos governamentais para lidar com o processo de envelhecer com implantação deficitária das políticas públicas. Esse fato somado às alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal e à debilidade por parte de alguns idosos, torna-se evidente que pode ocorrer em limitações e incapacidades interferindo na capacidade funcional dos indivíduos, que como salientado anteriormente, deve ser um dos principais focos de atenção em virtude das conseqüências de sua perda. Resultando, para Firmo et al. (2004), em um aumento relevante na prevalência de doenças e/ou condições crônicas não transmissíveis.

Dentro desse contexto, os idosos tornam-se frágeis e mais propensos a apresentar múltiplas comorbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas como queda, iatrogenia, demência, imobilidade e gerando incapacidades, fragilidade, institucionalização e morte (GANANÇA et al., 2010).

Dentre essas condições, deu-se uma relevância maior aos eventos de quedas, um complexo fenômeno de origem multifatorial, que são reconhecidas internacionalmente como um importante evento, com altos custos humanos e organizacionais (SNOOKS et al., 2010).

Tal como citado, a incidência dos eventos de quedas vem ratificar essa afirmação. Aproximadamente um terço das pessoas com idade superior a 60 anos têm antecedente de pelo menos um episódio de queda por ano e o avançar da idade aumenta esses eventos, com incidência de 32% na faixa etária de 65 à 74 anos e de 51% em idosos com mais de 85 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Portanto as quedas são um dos principais problemas da população idosa e o que predispõe a esses eventos são os efeitos cumulativos de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado (ZIJLSTRA et al., 2007).

O evento queda torna-se complexo por envolver fatores intrínsecos, próprios do indivíduo, e extrínsecos, referente a interação do indivíduo com o meio-ambiente. Podendo assim, ser resultados de um somatório de agentes causais, como fraqueza muscular; alterações na marcha; comprometimento da capacidade funcional, interferindo nas atividades básicas e instrumentais da vida diária; declínio da acuidade visual e auditiva; alterações da capacidade cognitiva; utilização de determinados medicamentos, bem como circunstâncias sociais e ambientais que ofereçam desafio ao idoso como a utilização de calçados inapropriados; má iluminação; piso escorregadio e objetos que interferem na deambulação (SIQUEIRA et al., 2007; SHUTO et al., 2010; SILVA et al., 2010).

As quedas são importantes causas de morbidade, incapacidade e mortalidade entre a população idosa e podem ter consequências sérias na qualidade de vida dos idosos, podendo resultar em hospitalizações prolongadas, institucionalizações, restrição das atividades e da mobilidade, alterações do equilíbrio e do controle postural, isolamento social, ansiedade e depressão. Os idosos que apresentam histórico de quedas com uma ou mais anormalidades de equilíbrio são ainda mais susceptíveis a expressarem o temor de novas quedas (SCHWENDIMANN et al., 2006; HUGHES et al., 2008, LOPES et al., 2009). Gawryszewski (2010) afirma que não se conhece a real magnitude do problema das quedas em nosso meio, mas mesmo quando provocam lesões menores, elas podem afetar seriamente a qualidade de vida dos idosos levando ao medo de cair com conseqüente restrição de atividades, mobilidade, redução da atividade física, isolamento social e depressão.

Moreland et al. (2004) afirmam que entre os idosos, é comum ocorrerem comorbidades e reincidência de quedas, principalmente com o avançar da idade na qual os eventos tornam-se mais freqüentes, gerando incapacidades ou dependência e deterioração na vida dos idosos, sendo uma das causas externas que trazem mais conseqüências a esse grupo populacional. Assim, há necessidade de se identificar os fatores potencializadores e protetores, pois os mesmos são passíveis de serem reduzidos com adoção de medidas preventivas. Para que isso seja possível, torna-se imprescindível unir o conhecimento de seus fatores de risco e suas características com a visão daqueles que os sofrem, os idosos.

Desta forma, para se conhecer melhor a influência subjetiva do que pensam os idosos com e sem histórico de quedas é que se optou pelo aporte da Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici em 1978, enquanto uma possibilidade de

conhecimento de teorias do senso comum frente a esta problemática, possibilitando apreender representações não apenas como um sistema de cognições, mas destacar o contexto no qual elas são produzidas, em particular, no âmbito do envelhecimento e sua interface com o risco de quedas.

A compreensão dessa realidade comum no grupo social a ser estudada (idosos com e sem risco de quedas) configura-se uma via de apreensão de uma realidade social singular que poderão servir de base para a realização de futuras estratégias de ação que visem à implementação de uma política institucional eficaz para o grupo estudado, salientando o que pensam os idosos, constitui uma abordagem relevante considerando-se idosos que apresentaram eventos de quedas e aqueles que não apresentaram esses eventos, explorando-se suas visões e crenças a partir do aporte teórico das Representações Sociais na perspectiva de Moscovici (1978). Em vista disso, atribui-se a essa pesquisa significado ainda maior quando adota-se sua visão sob a luz desta teoria, uma vez que a mesma confere à essa fase da vida um aspecto discutivelmente amplo e integrativo.

De acordo com Silva et al. (2003), a aplicação da Teoria das Representações Sociais no âmbito da saúde é oportuna por serem sistemas de interpretações que regem as relações dos sujeitos com o mundo e com os outros, orientando e organizando suas condutas e comportamentos e as comunicações sociais. Para Teixeira et al. (2002) a exploração das representações sociais permite o contato com imagens e conteúdos que expressem, de certa forma, as necessidades de saúde sentidas pelas pessoas. Já para Arruda (2001), essa teoria é “boa para pensar” o cotidiano e, assim, dar respostas e apontar soluções para uma ação concreta.

As pesquisas com idosos no Brasil, particularmente relacionado às quedas, vêm aumentando paulatinamente desde a implantação do Estatuto do Idoso, em 2003, entretanto a abordagem temática das quedas em idosos associada à perspectiva teórica das Representações Sociais ainda é pouco explorada.

Pesquisar a TRS dos idosos em relação às quedas implica fazer uma leitura inédita não só dos aportes teóricos normativos e científicos, mas também do senso comum, procurando perceber como essas representações emergem, as relações que estabelecem entre si e em que medida uma determina a outra.

Sendo assim, as mudanças decorrentes do envelhecimento populacional requerem o cuidado sob uma nova ótica: a prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional, necessárias para que o idoso tenha uma vida independente e autônoma. As quedas, além do impacto físico e psicológico na qualidade de vida dos idosos, citados acima,

dispendem custos econômicos e sociais para os serviços de saúde. Tornando-se imprescindível o reconhecimento de seus fatores de risco aliado ao olhar daqueles que vivem esse processo de envelhecer, visando, sobretudo, uma atuação preventiva de sua ocorrência.

Portanto, o direcionamento do estudo não é só para os que constroem as teorias científicas, mas também e principalmente, para que os idosos, familiares, cuidadores e profissionais de saúde possam refletir o problema como algo ameaçador e passível de ser evitado.

Assim, Sá (2000) destaca a importância das representações sociais enquanto teorias do senso comum que são centradas na realidade social, que podem promover ações mais amplas e integrais, no nosso caso, direcionado aos idosos e o risco de quedas.

Diante do exposto e visando a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção da independência funcional e autonomia dos idosos, como preconiza a PNSPI, essa temática se mostra relevante para a política pública no Brasil.

Partindo desta reflexão questiona-se: Existe diferenciação no risco de quedas em idosos com e sem histórico de quedas? Quais as características dos idosos com alto e baixo risco para eventos de quedas? Quais as representações sociais sobre eventos de quedas construídas por idosos da comunidade? Qual a visão que estes sujeitos têm sobre as quedas?.

Para responder tais questionamentos este estudo tem como objetivo:

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos que vivem no domicílio;
- b) Estimar a proporção de idosos da população que sofreram quedas nos seis meses anteriores à entrevista, caracterizando esses eventos;
- c) Comparar os idosos com risco de quedas com idosos sem risco em relação à fatores demográficos, sociais, cognitivos, presença de quedas e co-morbidade auto-referida;
- d) Identificar as representações sociais sobre quedas construídas pelos idosos;
- e) Explorar a importância das representações sociais sobre quedas na adesão a prevenção de riscos de quedas.

CAPÍTULO II

Fundamentação Teórica

2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional humano é uma realidade mundial e um fenômeno que abrange todas as populações, tanto países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. Entretanto, as diferenças entre as regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas ainda permanecem, determinadas por diferentes fatores históricos, culturais, sociais, demográficos (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007; BÓS et al, 2009).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu em cerca de um a dois séculos, no início do século XX, e de forma gradativa, em consequência de melhorias nas condições de vida, de trabalho, de educação e de saúde. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo de envelhecimento tem ocorrido de forma abrupta, a partir de 1950, ou seja, em um período de cinquenta anos, demonstrando 50 anos de defasagem na percepção do envelhecimento para os países em desenvolvimento e, portanto, não havendo preparação por parte do governo quanto à melhoria da qualidade de vida para os idosos (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007).

Essa rápida velocidade do processo de envelhecimento traz uma série de questões cruciais e repercussões negativas, tanto para os gestores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde quanto para a sociedade como um todo (TELLES, 2008; VERAS, 2009).

Desse modo, o envelhecimento da população mundial é observado pela diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida (PASCHOAL, FRANCO, SALLES, 2007). Dois conceitos chave explicam esse fenômeno: a transição demográfica e a epidemiológica.

Segundo Chaimowicz (2006), a transição epidemiológica se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorre concomitante com outras transformações demográficas e sociais. Para Paschoal, Franco e Salles (2007) pode ser conceituada pela mudança nos padrões de morbimortalidade, observada pelo declínio das doenças infectoparasitárias e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. O processo engloba três principais mudanças: a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis (que tem como as principais as circulatórias – cardíacas e cerebrovasculares- e as neoplasias) e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos e a mudança de uma situação de predominância da mortalidade para uma que predomine a morbidade. Assim, modificam-se o perfil de saúde da população: de processo agudos que rapidamente evoluía para cura ou óbito à doenças crônicas e suas complicações,

necessitando de uma maior utilização dos serviços de saúde. A exemplo, pode-se citar as quedas nos idosos com suas complicações.

O termo transição demográfica pode ser conceituado como o processo gradual de uma sociedade caracterizado por uma situação de altas taxas de fecundidade e de mortalidade à baixas taxas desses indicadores (PASCHOAL, FRANCO, SALLES, 2007).

De acordo com Guccione (2002), o declínio nas taxas de natalidade e de mortalidade, ou seja, com menos nascimentos no total e mais sobreviventes em idades mais avançadas, faz com que se modifique a estrutura etária da população de uma forma triangular, com um número maior de indivíduos mais jovens na base, para uma distribuição mais retangular da população pela idade, e um número maior de indivíduos mais idosos no topo. Paschoal, Franco e Salles (2007) afirmam que o aumento contínuo no percentual de idosos ocorre quando a taxa de fecundidade for muito baixa e as taxas de mortalidade em quase todos os grupos etários continuarem a declinar.

Nas nações desenvolvidas, essa transição demográfica foi resultado do processo de urbanização e industrialização, maior facilidade do acesso aos serviços de saúde e à educação, ao planejamento familiar e à incorporação da mulher no mercado de trabalho. Nesses países, a queda nos índices de mortalidade com queda nas taxas de fecundidade e conseqüentemente, o envelhecimento da população, foi fruto do desenvolvimento social gerado pela revolução industrial, no século XIX (RAMOS, 2002).

Os países em desenvolvimento, em sua maioria, mantiveram altas taxas de mortalidade e de fecundidade até a metade do século XX. A queda da taxa de mortalidade, já observadas nos países desenvolvidos, só se implantou nos países em desenvolvimento, após a descoberta, no final de 1940, dos antibióticos e, na metade do século passado, a criação das unidades de terapia intensiva e das vacinas, além de outras conquistas tecnológicas da medicina. No entanto, para a ONU o declínio expressivo da taxa de fecundidade só teve início a partir das décadas de 1960 e 1970 com a introdução dos métodos de anticoncepção e com o movimento feminista (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007; ONU, 2002).

Portanto, o crescimento demográfico da população idosa tem sido alvo de pesquisas. No final do século passado, eram estimados 590 milhões de indivíduos com idade superior a 60 anos, sendo projetado para 2025 o montante de 1 bilhão e 200 milhões, atingindo 2 bilhões em 2050. Ainda segundo a OMS/WHO, neste século ocorrerá algo inédito para a história da humanidade: o número de idoso superará o número de crianças de 0 a 14 anos, com o percentual de 22,1% de idosos para 19,6% de crianças. Destaca a ONU que em relação às nações desenvolvidas, no período correspondente entre 1970 e 2000, o crescimento observado

foi de 54%, enquanto nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado, atingindo 123%. (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

O número de idosos da população brasileira passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos. As informações estatísticas mundiais mostram que a partir da década de 1960, a maioria dos idosos, vive em países em desenvolvimento. Atualmente cerca de 60% das pessoas idosas, vivem nesses países, devendo atingir 75% em 2025 (WHO, 2002; PAPALEONETTO; CARVALHO FILHO, 2006; VERAS, 2009).

Essa transição demográfica brasileira pode ser observada também pelo aumento da expectativa de vida, apresentada na Tabela 1. Em 1950 era de 43 anos e dois meses, passando para 68,5 anos em 2000 e com projeções para 72 anos até 2025 (IBGE, 2000).

Tabela 1. Progressão da Expectativa de vida no Brasil.

<u>ANO</u>	<u>IDADE</u>
1900	33,7
1939/1945	39,0
1950	43,2
1960	55,9
1980	63,5
2000	68,5
2000/2025	72,0

Fonte: IBGE, 2003.

É válido salientar que a expectativa de vida é um fator importante, mas não determinante do envelhecimento, como erroneamente se apresenta na literatura. Como pôde-se observar, a transição epidemiológica, a transição demográfica e melhorias nas condições de vida, de trabalho, de educação e de saúde também são fatores que resultam no processo de envelhecer.

De acordo com o censo realizado pelo IBGE (Figura 1), no início da década de noventa, a população idosa representava 7,3% da população total do Brasil. Segundo dados coletados no ano de 2000, esta parcela da população representa um contingente de quase 15

milhões de pessoas com idade de 60 anos ou mais, o equivalente a 8,6% da população brasileira.

Segundo Carvalho e Garcia (2003), as projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, já seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, o equivalente a 15% da população. Matsudo, Matsudo e Barros Neto (2000) afirmam que entre 1950 e 2020, crescerá 16 vezes o número de pessoas acima de sessenta anos de idade no país.

Além disso, as proporções da população “muito idosa”, com idade acima de 85 anos, aumenta em ritmo acelerado. De acordo com Camarano (2006) este é o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. Em 1940 eram 166 mil pessoas, passando para 1,8 milhões em 2000, ou seja, 12,8% da população idosa mundial.

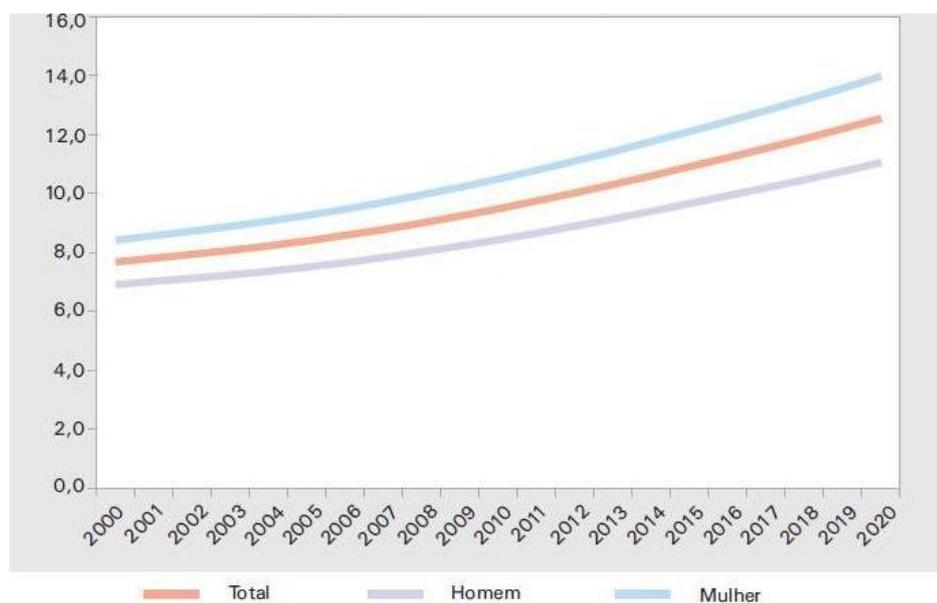


Figura 1. Projeção de crescimento da proporção da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo – Brasil – 2000-2020.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Dados do IBGE (2000) sobre a população de 60 anos ou mais de idade, confirmam que o Nordeste é a segunda região com maior número de idosos do País. Seguindo as projeções nacionais, a Paraíba crescerá dos 360 mil idosos atuais para cerca de 770 mil idosos em 2025 (IBGE, 2000). De acordo com os dados da proporção da população com 60 anos ou mais de idade, a população idosa de João Pessoa corresponde a 8,1 da população total, podendo ser visualizado na figura 2.

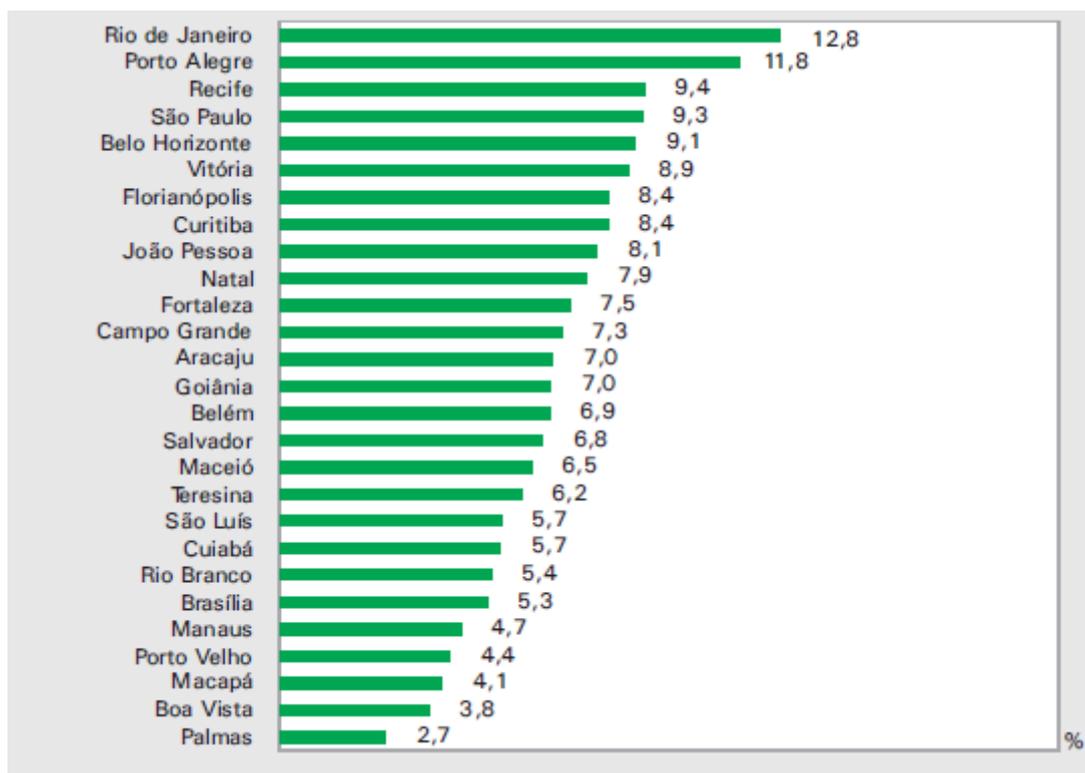


Figura 2. Proporção da população residente de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais – 2000.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, em sua grande maioria, com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (VERAS, 2009). Esse jovem país de cabelos brancos enfrenta alguns desafios devido ao seu abrupto envelhecimento populacional, com enfermidades complexas e com doenças crônicas, principalmente, se o idoso for acompanhado dependência funcional e perda de sua autonomia.

2.1.1 Considerações acerca do envelhecimento e suas alterações

O termo envelhecimento, apesar de não estar estabelecido oficialmente, é empregado para descrever as mudanças morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (JECKEL-NETO; CUNHA, 2006). Portanto os autores afirmam que o envelhecimento, de forma geral, apresenta como única característica, a ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade.

Pode-se observar que a diferença entre o somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal (senescência) e o envelhecimento patológico determinada por afecções (senilidade) atravessa uma linha tênue. Isso se deve ao fato da dificuldade de discriminá-los pela falta de limites precisos com zona de transição freqüentes (PAPALEO NETTO, 2006).

O envelhecimento ocorre de maneira diferente para cada pessoa, possuidora de uma subjetividade que deve ser considerada ao analisar o idoso de modo integral, não se caracterizando um período só de perdas e limitações, e sim, um estado de espírito decorrente da maneira como a sociedade e o próprio idoso concebem esta etapa da vida. Há uma influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (BRASIL, 2007).

Morhy (1999) considera que envelhecer pode ser conceituado como:

O processo de acumular experiências e enriquecer a vida por meios de conhecimento e habilidades físicas. Essa sabedoria adquirida proporciona o potencial para tomar decisões razoáveis e benéficas a respeito de nós mesmos. O grau de independência que dispomos na vida está diretamente relacionado à atividade maior ou menor em nosso corpo, mente e espírito [...] o envelhecimento pode ser definido como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos, e com o passar do tempo, leva a perda da adaptabilidade, a alteração funcional e, eventualmente a extinção (p. 26).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo multidimensional, segundo perspectivas biológicas, sociais, intelectuais, econômicas, funcionais e cronológicas. Do mesmo modo, o gênero, a classe social, a saúde, a educação, a personalidade, a história e o contexto socioeconômico são importantes elementos que devem mesclar com a idade cronológica (WHO, 1984; PAPALEO NETTO, 2007).

Tal com citado, Beavoir (1976) afirma que a velhice só pode ser compreendida em sua totalidade, não representando apenas um fator biológico, mas também cultural, pois está relacionada a transformação da natureza visando o aprimoramento de se pensar e fazer as condições materiais da existência humana.

De acordo com a classificação por idade cronológica segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais se ele residir em países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais no caso de países desenvolvidos (OMS/WHO, 1984). Ainda na classificação da idade cronológica, Schiaveto (2008) afirma que os idosos são classificados em 3 categorias: a) idoso jovem, com idade entre 65 e 74 anos; b) idoso mediano, com idade entre 75 e 84 anos e c) idoso *idoso*, com idade igual ou acima de 85 anos.

Entretanto, a classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, embora a mesma tenha sido adotada de forma massiva e quase como exclusiva nas discussões sobre o envelhecimento. É fundamental também levar em conta as idades biológica, social e psicológica que não coincidem necessariamente com a cronológica (SILVA, 2005).

Todavia, utilizou-se o conceito de idade cronológica proposta pela OMS/WHO para fins didáticos devido a dificuldade de se definir a idade biológica, que segundo Papaléo Netto (2006) é justificada pela inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis do processo de envelhecimento, entretanto, sabe-se que o processo de envelhecimento deve ser abordado de forma multidimensional.

No que concerne a classificação por idade psicológica, esta é relacionada com a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento, comparando-se com outros indivíduos de mesma idade, e refere-se a relação existente entre idade cronológica e as capacidades, isto é, a percepção, a aprendizagem e a memória. Assim, enfatizam as mudanças no comportamento e os papéis sociais, por cada indivíduo, ao longo da vida. Já a classificação sociológica do envelhecimento, tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, que podem variar dependendo das circunstâncias econômicas. Desse modo relaciona-se às condutas, crenças e valores de cada indivíduo, particularmente, que são avaliadas em seu contexto social, seja na família, seja no grupo cultural a que pertence (PAPALEO NETTO, 2006).

Torna-se evidente que o passar do tempo gera uma série de mudanças biológicas, com limitações e reduções da capacidade funcional quando relacionadas às outras etapas da vida. O corpo humano não mais responde a situações diversas como antes, no início do ciclo vital, com suas células em constante processo de formação. Portanto, está relacionada ao processo de envelhecimento físico, as mudanças no corpo que incluem alterações moleculares e celulares nos principais órgãos e sistemas e mostram a habilidade do corpo para resistir às doenças e às condições do ambiente (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

Dentre as mudanças biológicas é válido ressaltar as alterações funcionais que pode relacionar-se diretamente com a interferência do controle postural e conseqüentemente, ocasionar eventos de quedas. Para isso, tornar-se necessário tecer algumas considerações acerca das alterações funcionais e anatômicas dos mecanismos responsáveis pelo controle postural durante o processo de envelhecimento.

Sousa, Oliveira e Gonçalves (2004, p. 22) afirmam que “com o envelhecimento, as estruturas relacionadas ao equilíbrio sofrem alterações anatômicas e funcionais, com repercussões no controle postural”. Chandler (2002) complementa que o processo de envelhecimento afeta todos os componentes do controle postural – sensorial, músculo-esquelético e o Sistema Nervoso Central (SNC).

Garbellini (2004) enfatiza que com o envelhecimento, há um decréscimo no controle postural da função do sistema sensorial tornando o idoso sujeito a instabilidade postural e quedas. Uma das alterações mais frequentes e relacionadas com desequilíbrio postural é a regressão da acuidade visual. Outra alteração importante de salientar é a diminuição da audição e às mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares, devido ao processo de deteriorização funcional destes sistemas, consideradas grandes contribuintes para alterações de movimento e equilíbrio, resultando na diminuição da capacidade de orientar-se no espaço e, conseqüentemente, em risco de quedas (UMPHRED; LEWIS, 2001; MORENO; ANDRÉ, 2009).

Além disso, o envelhecimento pode resultar em uma série de modificações no SNC que poderiam perturbar o controle postural e resultar em aumentos no número de etapas necessárias para recuperar o equilíbrio após a perturbação (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006).

O sistema músculo-esquelético sofre importantes modificações com o envelhecimento que interfere no equilíbrio postural como o declínio da força muscular, a rigidez articular, reduzindo a Amplitude de Movimento (ADM) e modificando o padrão de marcha que se caracteriza por passos curtos e mais lentos (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006).

Após analisar o perfil epidemiológico e demográfico da população idosa, as considerações acerca do envelhecimento e suas alterações, é importante salientar que as quedas nos idosos surgem como um grave problema de saúde pública devido às temíveis conseqüências após sua ocorrência.

2.2 Quedas em Idosos

Conforme salientado anteriormente, com o avanço da idade, ocorrem mudanças nos sistemas nervoso, sensorial e músculo-esquelético podendo prejudicar o equilíbrio postural, com conseqüente impacto na habilidade do indivíduo idoso se movimentar normalmente, podendo resultar no decréscimo no controle postural tornando o idoso sujeito a instabilidade postural e quedas (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2000; OJO, 2009).

Por isso, será apresentado o conceito de quedas e seu significado para a qualidade de vida dos idosos. Entretanto, há muitas definições de quedas na literatura e o mais adequado é a composição entre elas para estabelecer seu conceito.

Para Tinetti, Speechley e Ginter (1988) as quedas podem ser definidas como uma situação em que “um indivíduo inadvertidamente vem apoiar-se no solo ou em outro nível inferior, não em conseqüência de um evento intrínseco importante (um acidente vascular cerebral ou uma síncope, por exemplo) ou de um risco impossível de ser dominado”. Brito e Costa (2001, p. 324) definem quedas como “ocorrência de um evento não intencional que leva a pessoa inadvertidamente a cair ao chão em um mesmo nível ou em outro inferior”. Entretanto, essas definições acima excluem alguns casos em que o indivíduo pode se apoiar em outros objetos ou na parede, por exemplo ou quedas resultantes de riscos ambientais.

Portanto, utilizou-se a definição de quedas do projeto diretrizes de autoria da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2008) que definiu como “um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade”. Cunha e Guimarães (1989) complementam afirmando que a queda surge em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.

Portanto, a queda é conseqüência da perturbação do equilíbrio associada a falência do sistema de controle postural em compensar essa perturbação. Na maioria dos casos, ocorre uma inabilidade do sistema de controle postural em compensar uma perturbação externa ocasionando a queda. Desse modo, estão relacionadas com a incapacidade do indivíduo em manter uma postura ereta, por falha de equilíbrio (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006).

De acordo com Paixão Júnior e Heckmann (2006), a perturbação externa pode ser de duas formas: mecânica ou informacional. A perturbação mecânica consiste em forças

desestabilizadoras que interagem com o corpo humano podendo ser impostas pelo ambiente ou auto-induzidas, ocorrendo durante movimentos volitivos, como caminhar, inclinar-se, esticar-se. Enquanto a perturbação informacional são forças que modificam a natureza da informação de orientação do ambiente, podendo criar conflitos transitórios entre as informações visuais, vestibulares ou proprioceptivas ou simplesmente haver uma mudança transitória na qualidade da informação sensorial. Perturbações muito intensas resultam em quedas.

Em outro contexto, inúmeras classificações para quedas foram relatadas. Entretanto, adotou-se a classificação de quedas segundo a frequência de ocorrência dos eventos, proposta por Massud e Moris (2001):

- *Caidor*: é aquele que teve uma queda no decorrer de seis meses a um ano;
- *Caidor recorrente*: indivíduo que teve duas ou mais quedas no decorrer de seis meses a um ano;
- *Não caidor*: é o indivíduo que não sofreu nenhum evento de queda.

Independente do seu conceito e de suas classificações, a queda é um evento bastante comum e devastador na vida dos idosos. Embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Pode-se observar na literatura considerada estimativa de quedas. Cerca de um terço das pessoas com idade superior a 60 anos têm antecedente de pelo menos um episódio de queda por ano. Em um estudo realizado em 2002, aproximadamente 31% dos idosos entrevistados afirmaram ter sofrido quedas no ano anterior ao inquérito e 11% afirmaram ter sofrido duas ou mais quedas. Os que já sofreram uma queda apresentam risco mais elevado para cair, entre 60% e 70% no ano subsequente (PERRACINI; RAMOS, 2002; SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001), o avançar da idade tende a aumentar esses eventos de quedas, sendo uma das causas importantes de morbidade entre os idosos. A incidência de quedas em indivíduos de 65 a 74 anos é de 32 %, de 75 a 84 anos é de 35%; e em idosos acima de 85 anos é de 51%. No Brasil, 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, e mais de dois terços daqueles que têm uma queda caem novamente nos seis meses subsequentes. Além disso, a frequência é maior em mulheres do que em homens da mesma faixa etária.

Dados de 2007, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde revelam que as quedas foram uma das principais causas de atendimentos notificadas em serviços de urgência e emergência durante o inquérito Viva (Projeto de Vigilância de Violência e Acidentes), representando 61% dos casos em uma amostra com 3.209 atendimentos de idosos vítimas de violências e acidentes. Esse percentual é considerado significativo, haja vista que revelam apenas os casos graves, sem levar em considerações lesões leves e moderadas que são subnotificadas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010).

Aproximadamente 40% a 60% dos episódios de quedas resultam em algum tipo de lesão, sendo 30% a 50% de menor gravidade, 5% a 6% injúrias mais graves (não incluindo fraturas) e 5% de fraturas. Os casos mais graves de quedas trazem inúmeras conseqüências para os idosos podendo culminar na sua morte. Considerando todo o país, somente em 2005, foram 1.304 óbitos por fraturas de fêmur. Em 2009 esse número subiu para 1.478 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008; MINISTERIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo 52% delas idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos, na qual, a maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste (FABRICIO, RODRIGUES, COSTA JUNIOR, 2004).

Aproximadamente 12% de todos os óbitos na população geriátrica são decorrentes das quedas sendo estas responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais, constituindo a 6ª causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; PERRACINI; RAMOS, 2002).

Perracini e Ramos (2002) afirmam que a incidência de quedas aumentará nas seguintes situações: mulheres, com história prévia de fratura, dificuldade na execução das atividades físicas e referindo visão ruim ou péssima.

A literatura aponta que as causas mais comuns de quedas em idosos são: acidentais ou relacionadas ao ambiente, distúrbios do equilíbrio e marcha, fraqueza muscular, tontura e vertigem, artrite, doenças agudas, epilepsia, dor, medicamentos, álcool, confusão ou *delirium*, hipotensão postural, distúrbios visuais, síncope (SALMINEN et al., 2009). Porém, de acordo com Perracini e Ramos (2002), há uma grande dificuldade em estabelecer uma única causa, visto que a etiologia das quedas nos idosos é geralmente multifatorial, particularmente nos idosos frágeis.

Para uma pessoa idosa, a queda pode assumir significados de decadência e fracasso gerados pela percepção da perda de capacidades do corpo, com acentuada redução de

autoconfiança e restrição das atividades, resultando na maioria das vezes a um estado depressivo. Portanto, após um episódio de queda, além do grau de incapacidade física, há quase sempre um certo grau de incapacidade psicológica, expressa por insegurança e retraimento (SIMPSON, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

A queda pode também aumentar o risco e o percentual de institucionalização, pelo declínio funcional nas atividades de vida diária (AVD'S) e nas atividades sociais. Além de causar sérios prejuízos à qualidade de vida desse grupo populacional, podendo acarretar em imobilidade, dependência dos familiares, além de alto índice de mortalidade pós-cirúrgico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; PERRACINI; RAMOS, 2002).

De acordo com Perracini e Ramos (2002), Chandler (2002) e Sousa, Oliveira e Gonçalves (2004), a própria limitação e a insegurança por medo de cair novamente levam a imobilização e são fatores de risco determinantes para novas quedas. Essa imobilização tem como conseqüências espaço de vida diminuído, descondicionamento físico, depressão, e o alto custo financeiro e emocional para a família e a sociedade.

Os autores acima citados afirmam ainda que, além do medo de cair e da imobilidade autoprotetora, que podem resultar em um maior comprometimento da qualidade de vida e aumento na fraqueza muscular, as quedas representam a principal causa de acidentes domiciliares fatais em idosos. Porém, apesar das altas taxas de incidência e prevalência, a maior parte dessas quedas não resulta em morte, o que não significa que seja um evento benigno para os idosos. Ao contrário disto, mesmo os pacientes que não apresentam evidências de ferimentos, seu efeito pode ser deletério, pelo receio de novo episódio de quedas e esse fato inclui imobilidade imposta pelos familiares, por médicos ou por auto-imposição.

As quedas, além de todos os fatores descritos acima, geram um aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e principalmente, pelo aumento das hospitalizações, e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência (PERRACINI; RAMOS, 2002; SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Sendo assim, Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004, p. 98) afirmam que “o que é preciso estar claro é que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas conseqüências, às vezes irreparáveis”.

2.2.1 Fatores de risco para quedas

Os fatores de risco das quedas são conhecidos na literatura, embora seja difícil de relatá-los separadamente por serem eventos multifatoriais. Entretanto, a inter-relação entre seus fatores de risco e o peso de cada um na ocorrência dos eventos ainda necessitam ser encontrados (ISHIZUKA, 2008). Para Tinetti (1986) o risco de queda aumenta linearmente com o número de anormalidades existentes.

Didaticamente, os fatores de risco podem ser agrupados em intrínsecos ou extrínsecos. O primeiro são relacionados ao próprio indivíduo. Enquanto os fatores de risco extrínsecos relacionam-se ao ambiente.

Os fatores de risco intrínsecos são relacionados ao próprio envelhecimento, às doenças crônicas e co-morbidades e a utilização de medicamentos. Tinetti (1986) afirma que as doenças crônicas e as deficiências físicas presentes nos idosos contribuem para a ocorrência de quedas, enquanto Shuto et al. (2010) afirma que algumas medicações são fatores de risco para as quedas, quais sejam: benzodiazepínicos, anti-depressivos, anti-hipertensivos, ansiolíticos, e agentes anti-psicóticos, entre outras.

Desse modo, abordar-se-á os fatores intrínsecos que podem, direta ou indiretamente, relacionar-se com os eventos de quedas.

Os fatores de risco intrínsecos associados aos eventos de quedas são: idade avançada (80 anos e mais), sexo feminino; história prévia de quedas; imobilidade; diminuição na função sensorial; alterações no Sistema Nervoso Central (SNC); e declínio do sistema músculo-esquelético (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Estudos relatados na literatura afirmam que a incidência de quedas é diretamente proporcional a idade avançada, particularmente entre as pessoas com mais de 80 anos de idade (SIQUEIRA et al., 2007; SUELVES; MARTÍNEZ; MEDINA, 2010). Em relação ao sexo, as mulheres apresentam mais eventos de quedas do que os homens e segundo Ishizuka (2008) isso se deve a própria constituição corporal feminina que possui mais tecido gorduroso e menos tecido muscular e ósseo do que o sexo masculino, com menor reserva funcional e alterações hormonais relacionadas à menopausa.

De acordo com Ricci et al. (2010) as quedas recorrentes estão frequentemente atribuídas a fatores intrínsecos, enquanto quedas esporádicas têm maior associação com fatores ambientais e diminuição da atenção.

Para Nevitt et al. (1989) durante estudos sobre os fatores de risco para quedas em 325 idosos na comunidade com idade acima de 60 anos, com histórico de pelo menos uma queda

no ano anterior e com acompanhamento por 12 meses para avaliar a frequência das quedas e suas conseqüências, afirmam que o aumento no risco de ocorrência de dois ou mais eventos de quedas ocorrem na seguinte situação: pessoas com histórico de três ou mais eventos de quedas ou com lesões resultante das quedas no ano anterior a entrevista; pessoas com limitações na funcionalidade, assim como aqueles dependentes para execução das atividades de vida diária ou restrição de mobilidade; pessoas com doenças crônicas como artrite ou doença de Parkinson.

Dentre as alterações da função sensorial que são indispensáveis para o controle postural destacam-se a diminuição da capacidade visual, da capacidade auditiva, distúrbios vestibulares e distúrbios proprioceptivos.

A regressão da acuidade visual é observada no idoso pela diminuição da discriminação espacial, limitação do olhar para cima e redução da capacidade de seguir os objetos com o olhar (LUIZ et al., 2009; STEINMAN; PYNOOS; NGUYEN; 2009). Segundo Rosenthal (2001, p.243), “esta visão reduzida é um fator importante na reabilitação, pois diminui a mobilidade, aumenta o risco de quedas e de lesões e degrada a qualidade de vida”.

Outra alteração que pode comprometer de maneira discreta o equilíbrio postural é a diminuição da audição, pois afeta o aparelho auditivo, e as respectivas vias nervosas. E quanto às mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares consideradas grandes contribuintes para alterações de movimento e equilíbrio, estas resultam na diminuição da capacidade de orientar-se no espaço e, conseqüentemente, em risco de quedas (UMPHRED; LEWIS, 2001, MORENO; ANDRÉ, 2009).

Os distúrbios proprioceptivos observados nos idosos resultam na diminuição das informações sobre a base de sustentação com conseqüente aumento do tempo de reação à situações de perigo.

O envelhecimento pode resultar em uma série de modificações no SNC que poderiam perturbar o controle postural, incluindo, perda neuronal, perda dendrítica, diminuição do peso e do volume cerebral, com atrofia cerebral e em contrapartida aumento do volume dos ventrículos encefálicos, perda de substância branca, ramificações reduzidas, metabolismo cerebral e perfusão cerebral diminuídos e metabolismo anormal de neurotransmissores (LUSTRI; MORELLI, 2004; PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006).

Outros fatores intrínsecos que merecem destaque são o sedentarismo e os distúrbios músculo-esqueléticos (sistema efetor) (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Em idosos com osteoporose, Kuczynski e Ostrowska (2006) concluíram que muitos pacientes

reduzem as atividades físicas pelo medo de cair interferindo, portanto, na manutenção postural.

No sistema músculo-esquelético, a principal característica que interfere no equilíbrio é o declínio da força muscular, que está relacionado à diminuição no tamanho e número das fibras musculares (GARBELLINI, 2004). A diminuição mais considerável da força muscular ocorre nos músculos dos membros inferiores, principalmente de ação antigravitacional, como o quadríceps, os extensores do quadril e os dorsiflexores do tornozelo (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006). Com o envelhecimento ocorrem, ainda, alterações nos padrões de marcha com diminuição do comprimento da passada e da velocidade e um aumento na base de sustentação e na fase de duplo apoio e segundo Kirkwood, Araújo e Dias (2006) estudos apontam que 55% das quedas podem estar relacionadas a essas alterações.

Como consequência das alterações degenerativas e do próprio processo de envelhecimento, pode-se observar ainda no sistema motor, rigidez articular com consequente perda da amplitude de movimento e de flexibilidade provocando desvio do alinhamento postural acarretando ainda mais desequilíbrio muscular. Ocorre também uma redução na velocidade de contração muscular, reduzindo o reflexo de proteção, que associada a outras alterações do sistema neuromuscular contribuem para aumentar o déficit funcional (VANDERVOORT, 2000; CHANDLER, 2002).

Segundo Lustri e Morelli (2004), com o envelhecimento ocorre diminuição na densidade dos ossos longos e na coluna vertebral, resultando em alterações do equilíbrio mineral ósseo e diminuições mais graves, que resultam em tecido osteopênico ou osteoporótico. Essas alterações começam em torno dos 40 anos de idade e afetam mais mulheres.

Percebe-se também alterações na coluna vertebral e nas estruturas correlatas, discos intervertebrais, ligamentos espinhais, vértebras, costelas, cartilagem articular, enteses, músculos e biomecânica. As modificações nas estruturas dos discos intervertebrais e no anel fibroso, alteram as propriedades e proporções dos elementos do tecido conjuntivo do disco, e no núcleo pulposo e podem fazer com que o disco sofra colapso, diminuindo a altura da pessoa (CHANDLER, 2002; LUSTRI; MORELLI, 2004).

Em relação às afecções específicas, destacam-se: patologias cardiovasculares (hipotensão ortostática, arritmias, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva); patologias neurológicas (demência, Parkinson, neuropatia periférica); patologias endócrino-metabólicas (hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoglicemias, hiperglicemias); patologias pulmonares (embolia pulmonar); utilização de medicamentos (ansiolíticos,

hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos entre outros) e interações medicamentosas devido a utilização de múltiplos medicamentos (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; GAWRYSZEWSKI, 2010).

Ambientes inseguros também contribuem para o aumento na probabilidade da pessoa cair, pois esses ambientes ocasionam desafios ao equilíbrio do idoso, demonstrando a necessidade de se conhecer acerca dos fatores extrínsecos relacionados ao risco de quedas. Estes fatores são: pisos lisos; iluminação inadequada; superfícies escorregadias; tapetes soltos ou com dobras; escadas com degraus altos ou estreitos, ou seja, mal dimensionados; obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios); desníveis de piso; ausência de corrimãos em corredores e banheiros; prateleiras excessivamente baixas ou elevadas; calçados inadequados; roupas excessivamente compridas; via pública mal conservada com buracos ou irregularidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001 SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Todos os elementos do meio que cercam os idosos são aspectos que predispõe as quedas e devem ser incluídos na abordagem semiológica do idoso portador de doença crônica (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Como podemos ver na figura abaixo, os fatores intrínsecos e extrínsecos estão interligados sendo, muitas vezes, difícil predizer uma única causa da queda, por exemplo, eventos de quedas em idosos fragilizados durante atividades rotineiras como deambulação em ambiente com mínimos riscos, que seria facilmente superada por idosos saudáveis. Assim, de acordo com Ministério da Saúde (2011) os riscos de quedas dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional dos idosos.

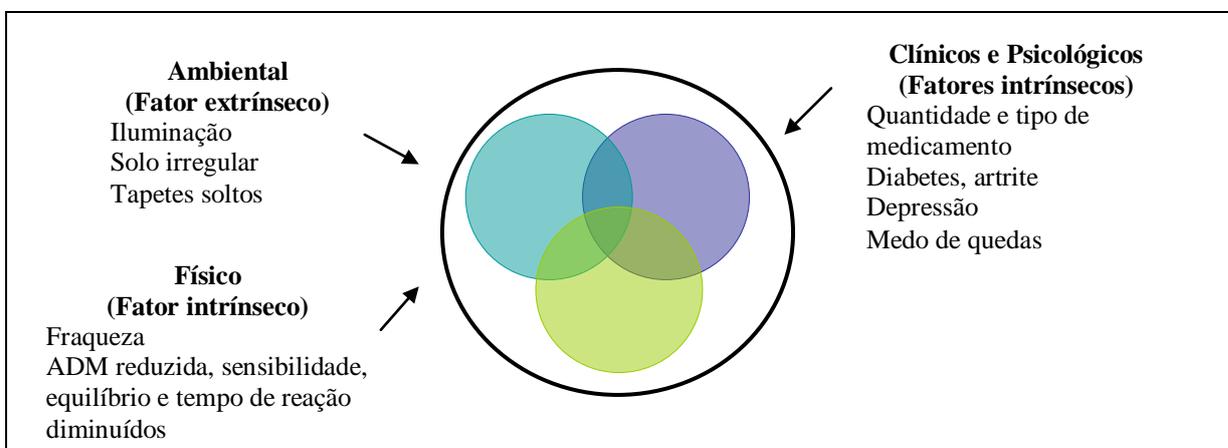


Figura 3. Fatores intrínsecos e extrínsecos que contribuem para quedas no idoso.

Fonte: Adaptação de SULLIVAN; MARKOS, 2002, p. 279.

Paixão Junior e Herckman (2006) afirmam que o envelhecimento predispõe a distúrbios perceptivos ou cognitivos limitando a habilidade do indivíduo de identificar e evitar riscos ambientais. Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004) sugerem que os problemas ambientais são causados por eventos ocasionais que trazem risco aos idosos, principalmente àquele indivíduo que já apresentava alguma deficiência de equilíbrio e marcha.

Os problemas com o ambiente serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade e instabilidade do idoso. Estes geralmente não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou em cadeiras) e sim em atividades rotineiras, ou seja, as quedas nem sempre são resultados de eventos súbitos ou violentos (BRITO; COSTA, 2001; FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Segundo Campbell et al (2000), Brito e Costa (2001) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001), os estudos populacionais comunitários têm demonstrado que a maioria, aproximadamente 70% das quedas sofridas por pessoas idosas ocorre no ambiente domiciliar, e o risco de sofrer uma queda em casa aumenta com o avançar da idade, sendo o risco mais acentuado nas pessoas que vivem sozinhas.

O risco de cair pode crescer com o acúmulo desses fatores, sugerindo que as quedas sejam resultado de um efeito acumulado de múltiplas debilidades (MENEZES; BACHION, 2008).

2.2.2 Prevenção de quedas

A prevenção de quedas em idosos é uma prioridade, entretanto, torna-se uma tarefa difícil devido a variedade de fatores que as predispõem (SNOOKS et al., 2010). Segundo Paixão Junior e Herckman (2006), “a prevenção de quedas torna-se um assunto de importância vital na saúde pública por prejuízos e morbidades relacionados a esses eventos”. Sousa, Oliveira e Gonçalves (2004) complementam que a importância deste assunto relaciona-se diretamente com a prevenção das complicações frequentes em pessoas que já sofreram algum evento de queda anterior e que acabam concorrendo para um sedentarismo indesejável.

Neste contexto, pesquisas indicam que idosos que participam de programas de exercício para prevenção de quedas melhoram ou mantêm seus níveis de força, equilíbrio e mobilidade (VALIM-ROGATTO et al, 2009).

Embora as estratégias de prevenção sejam efetivas a redução das quedas, das lesões e das morbidades associadas dependem da precoce identificação dos idosos com alto risco de intervenção (SNOOKS et al, 2010).

Em idosos da comunidade, intervenções em múltiplos fatores de risco, como ajustes de medicações, exercícios de equilíbrio, correções dos déficits visuais são efetivas na redução do risco de quedas (PAIXÃO JUNIOR; HERCKMAN, 2006).

Em pacientes com episódios de quedas é importante obter informações específicas como o início das quedas, se foi súbita (condição clínica aguda) ou gradual (mecanismos compensatórios com deterioração lenta), as condições ambientais, se a queda aconteceu dentro ou fora de casa, a atividade que o paciente realizava no momento da queda, para fornecer uma ideia do quanto o sistema de controle postural estava exigido, a direção das quedas (para frente, para trás ou lateralmente), pois pode sinalizar déficits específicos do controle postural, se conseguiu levantar-se sozinho e os medicamentos antigos e em uso pelo paciente para confirmar sua possível contribuição com o desequilíbrio. E assim, evitar eventos de quedas subseqüentes (CHANDLER, 2002; GLEASON et al., 2009).

Wharton (2002) afirma que a capacidade funcional é essencial para que as pessoas idosas mantenham a sua independência no ambiente domiciliar. Entretanto, é difícil devido às alterações sensoriais próprias do envelhecimento, pois estas privam os idosos de perceber o ambiente e podem influenciar seus comportamentos. No entanto, com auxílio da equipe multiprofissional, pode-se recomendar adaptações para acomodar essas alterações e ensinar estratégias de intervenção possibilitando a independência de pessoas idosas.

Além da interação de vários profissionais de saúde, Martin e Basiliadis (2001) sugerem uma reunião da equipe com o idoso, com todos os membros envolvidos da família e com cuidadores para orientá-los, assim como para fazer as recomendações oficiais e responder aos questionamentos. Estes autores acrescentam que a avaliação geriátrica deve auxiliar o idoso a uma melhor funcionalidade por disponibilizar serviços de suporte ou alterar o ambiente do paciente para que este seja útil às suas necessidades.

2.3 Representações sociais no Campo da Saúde

A aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) no campo da saúde, que vêm se expandindo em várias áreas de conhecimento, permite o desvelar das cognições e representações de objetos sociais construídas por grupos específicos. Sua utilidade é demonstrada nas análises referentes às políticas sociais e de saúde para o planejamento de intervenções de âmbito social, em particular no campo da saúde. Portanto, aplicar a TRS em estudos relacionados às questões de prática de saúde é de suma importância, pois assume toda sua significação, possibilitando a apreensão de processos e mecanismos pelos quais o sentido

do objeto de estudo é construído pelos atores sociais em suas relações cotidianas (TURA, MOREIRA, 2005; FONSECA et al., 2007).

A Teoria das Representações Sociais surgiu com um aspecto inovador na Psicologia social quando estabelece uma ruptura com a visão dicotômica do positivismo, proposto por Durkheim

O sociólogo Francês Emile Durkheim em 1912, elaborou o conceito de representações coletivas que consiste em uma larga gama de diferentes formas de pensamentos e de saberes partilhados coletivamente, que incluem crenças, mitos, ciência, religiões e opiniões. Essas representações coletivas se opõem às representações individuais, isto é, o saber partilhado e reproduzido coletivamente transcende o individual. Desse modo, o sociólogo afirma que as representações coletivas se impõem e penetram nas consciências individuais.

Nessa lacuna interpretação dicotômica entre o individual e o coletivo, a pessoa e a sociedade, o instável e o estável, abriu-se para Moscovici o campo favorável à construção da teoria das Representações Sociais. Superando, assim, o conceito de representações coletivas para o conceito de representações sociais, pois as mesmas são partilhadas na heterogeneidade da desigualdade social (NÓBREGA, 2003).

Para a autora supracitada esta teoria é entendida como um processo que parte do princípio da indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, interno e externo, superando a visão de Durkheim. Entretanto, fazia parte da psicossociologia, só sendo difundida em outras áreas de pesquisa como sociologia, antropologia, filosofia e história a partir dos anos 70.

Para Moscovici (1981, p 181) as representações sociais podem ser compreendidas como:

[...] um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.

De acordo com Moscovici, a filósofa Hannah Arendt conceituou corretamente o senso comum - o pensamento das massas - ao considerá-lo como um atributo humano, a “quinta essência” e que “sem ele nós não poderíamos comunicar-nos...nem mesmo falar continuamente”. Portanto, o senso comum que era tido como antagônico da ciência, a partir do advento da Teoria das Representações Sociais, passa a ter uma “organização psicológica

autônoma”, com estruturação e natureza particulares a esse saber. Nesse sentido, o saber historicamente construído pela sociedade difere do saber científico, mas encontra-se em um mesmo patamar de relevância para a sociedade.

Tendo em vista o que foi dito, a TRS contribui para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. Compreendem um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objetos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção, de elaboração das respostas, e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade (MOSCOVICI, 1978).

Jodelet (2001) afirma que considerar as representações sociais como um processo destaca o seu papel na tentativa de tornar o mundo inteligível para o sujeito. Enquanto produto, a representação não se limita a ser uma mera reprodução do real, pois há todo um processo interpretativo e constitutivo, de modelização, simbolização e expressão dos diversos objetos sociais associados às representações sociais, em que intervem o processo de cognição dos indivíduos a par de fatores como o sistema de valores, fatores afetivos, imagens e motivações internas. A pertinência da componente social é melhor entendida ao refletir que a elaboração das representações se reporta a objetos sociais e ocorre a partir de processos de troca e interação social, visando a construção de um saber comum.

Portanto, as representações sociais são saberes e visões utilizados pelas pessoas e sua vida cotidiana, e determinam condutas desejáveis ou comunicações repletas de ideias e valores (TURA; MOREIRA, 2005).

A representação social não se esgota nesta elaboração cognitiva e psíquica, nem na comunicação ou na complexidade de relações que mantém com o sistema social. Simultaneamente expressiva e (re)construtiva do real, ela é tanto um meio de conhecimento como um instrumento de ação sobre a realidade. Situada na origem do comportamento, orienta-o e justifica as ações desenvolvidas pelos indivíduos relativamente aos objetos da representação e direciona a comunicação, a interação e a ação do sujeito para atribuir à representação (VALA, 2004).

As representações sociais são marcadas por um componente funcional significativo na medida em que, por um lado, interferem nos processos cognitivos do sujeito orientam a forma como este processa a informação e, por outro lado, influenciam o sujeito a agir de determinada forma em relação ao objeto em questão. As representações, deste modo, permitem orientar os processos comunicacionais, condicionando as relações sociais. De fato, possuem determinadas funções: função de organização significativa do real, função de

explicação, função de orientação dos comportamentos, função de diferenciação inter-grupal e função de identificação social (VALA, 2004).

Dentro deste contexto, as RS ocorrem mediante dois processos: **objetivação** e **ancoragem**, que abarcam “a imbricação e a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações” (MOSCOVICI, 1978, p. 254).

A *objetivação* pode ser conceituada como a relação sujeito-objeto representado, criando, desse modo, uma “realidade autônoma de valores”. Nóbrega (2003) afirma que a objetivação consiste em transformar em objeto o que é representado, uma vez que materializa as abstrações, corporifica os pensamentos e torna físico/visível o impalpável.

Portanto, no processo de objetivação o abstrato torna-se concreto, isto é, mostram ao mesmo tempo como os elementos da representação se organizam e como adquirem a imagem de algo que é visto como natural; e as palavras são acopladas às coisas (JODELET, 1984).

Nesta concepção, Moscovici (1978, p. 108) afirma que:

objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar-se com relação às mesmas. É, também, transplantar para o nível da observação o que não fora senão inferência ou símbolo.

Jodelet (1988, p. 367) conclui que a objetivação “*é uma operação imageante e estruturante*”.

Já a *ancoragem* enquanto processo é o que dá sentido ao objeto representado (ARRUDA, 2001). Permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias sociais (NÓBREGA, 2003). É o processo em que algo estranho e perturbador é transformado em nosso sistema particular de categorias e comparado com um paradigma de uma categoria pensada ser apropriada de forma que o estranho seja interpretado e estabelecido uma relação positiva ou negativa com ele, classificando e nomeando algo estranho (MOSCOVICI, 2003).

Refere-se pela forma que o conhecimento se enraíza no social e retorna a ele, ao converter-se em categoria e integrando-se a grade da leitura do mundo do sujeito, permitindo a instrumentalização do novo objeto. O sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade, o que estranho ao território conhecido da nossa bagagem nacional. Dessa forma, ancora aí o desconhecido, ou seja, retira da sua navegação às cegas pelas águas do não-familiar e incorpora os novos elementos de saber em categorias mais familiares (ARRUDA, 2001).

Para Moscovici (1978, p. 318):

Se a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira na qual eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais.

Sendo assim, Moscovici (2003, p. 60) afirma que a ancoragem e a objetivação podem ser explicadas, respectivamente, da seguinte forma:

O primeiro mecanismo tenta *ancorar* ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar...O objetivo do segundo mecanismo é *objetivá-los*, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está em mente em algo que exista no mundo físico.

Portanto, Costa e Almeida (1999) afirma que poderemos entender determinados comportamentos ao explicar a ligação existente entre a objetivação e a ancoragem, pois o núcleo figurativo da representação depende da relação do sujeito com o objeto. Neste contexto, Jodelet (2007) salienta que ao materializarmos mentalmente um objeto, na figura da representação social, esse se cristaliza e é traduzido em pensamentos e ações.

Em contrapartida, apesar de fazer parte de um mesmo grupo social, cada pessoa está sujeita a experiências particulares, dando, assim, para a essas representações um toque singular (COSTA; ALMEIDA, 1999). Desse modo, ao pensar em *idoso da comunidade* como o mesmo grupo social, cada um está sujeito a experiências particulares, incluindo, entre essas particularidades, *presença ou não de quedas* e até a própria percepção do que é *ser idoso*, o que possibilita para esses sujeitos apreensões diferenciadas em relação a outros indivíduos do seu grupo.

Esse fato fortalece ainda mais a necessidade de se conhecer o idoso sobre a sua ótica de pensamento, a fim de verificar se as representações construídas são compartilhadas entre si, pois, cada indivíduo forma um sistema de pensamento diferenciado e ao mesmo tempo conexo com o sistema de pensamentos ao grupo de pertença (COSTA; ALMEIDA, 1999). Sendo assim, para Jodelet (1989) há sempre um sistema de representação antigo que em contato com outros sistemas de pensamentos sofre seus efeitos mudando seu conteúdo e percepções. Necessitando salientar ainda a complexidade do “envelhecer” do ponto de vista social. Pois, para Debert (1999) o envelhecimento não pode ser compreendido como um processo homogêneo, devido sua pluralidade uma vez que apresenta variações que são constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças, valores.

Em vista disso, atribui-se a essa pesquisa significado ainda maior quando se adota sua visão sob a luz desta teoria, uma vez que a mesma confere a essa fase da vida um aspecto discutivelmente amplo e integrativo, principalmente quando associado com as quedas.

CAPÍTULO III

Percurso Metodológico

3.1 Tipo de Estudo

O presente estudo caracteriza-se por um estudo epidemiológico, observacional e transversal, de natureza quanti-qualitativa.

A abordagem quanti-qualitativa integra significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos com os significados que são socialmente construídos, ou seja, agrega o objetivo do subjetivo. Além disso, é o método que associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando, desta forma, a interpretação dos dados obtidos (FIGUEIREDO, 2004; SILVA; MENEZES, 2005).

3.2 Local do Estudo

Trata-se de uma pesquisa multidimensional financiada pelo Ministério da Saúde/MS, realizada na área urbana município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, que conta com 617 setores, utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para determinar os setores censitários da cidade. O município de João Pessoa está situado na região litorânea do Estado da Paraíba, conforme ilustrado na Figura 4.

O território com mais de 211 Km², abriga uma população 723.515 habitantes, destes sendo 337.783 homens e 38.5732 mulheres (IBGE, 2011).



Figura 4: Mapa do estado da Paraíba com a respectiva localização do município de João Pessoa.

Fonte: Google imagens. <http://www.google.com.br/paraibamix.com>. 2011.

3.3 População e Amostra do Estudo

A pesquisa foi realizada com pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, residentes nos setores sorteados e pré-selecionados.

Para realizar o sorteio dos setores, foi levado em consideração o número de idosos residentes no município de João Pessoa-PB. De acordo com as estimativas do IBGE de 2007 o número total de idosos chegaria a 61.281.

Os critérios de inclusão adotados foram:

- Ter idade superior a 60 anos, como preconizado pela OMS;
- Ambos os sexos;
- Residir no setor censitário sorteado, do município de João Pessoa, há mais de seis meses.

3.3.1 Processo de Amostragem

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerado, de duplo estágio. O setor censitário foi considerado como a Unidade Primária de Amostragem (UPA), sendo sorteados 20 setores censitários com probabilidade proporcional ao tamanho do setor, entre os 617 setores existentes, identificado de acordo com o censo demográfico do ano de 2000 (Anexo A). A rua correspondeu à unidade sorteada no segundo estágio. Esse procedimento manteve a autoponderação da amostra final de pessoas ≥ 60 anos, residentes na área urbana do respectivo município. O processo amostral contou com probabilidades proporcionais ao tamanho do primeiro estágio, e cota fixa no segundo estágio.

Decidiu-se por uma amostra de 240 indivíduos, que garantiu um erro máximo de 6,3% com 95% de probabilidade.

Desta maneira a fração amostral do primeiro estágio foi: $F1=20 \cdot P(i)/61281$. Onde $P(i)$ é a população de 60 anos e mais no setor i , e; 61281 o total da população de 60 anos e mais, de acordo com a contagem de 2007.

No segundo estágio foram percorridas as ruas a partir de um começo casual e visitados os domicílios até se encontrar 12 idosos nas condições de inclusão para a amostra. Assim, a fração amostral no segundo estágio foi: $F2 = 12/P(i)$. E a fração amostral final foi $F = F1 \cdot F2 = 0,004$ ou 0,4%.

Importante destacar que em cada setor a fração amostral foi dada por $F(i) = \{P(i)/61281\} * \{12/P(i)\} = 0,0002$. Isto é, a amostra construída foi auto ponderada, resultando em frações amostrais idênticas para todos os indivíduos.

3.4 Procedimento de coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio dos idosos, no período entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011.

Os entrevistadores constituíram-se por uma coordenadora e alunos da Graduação e pós-graduação da UFPB, previamente treinados para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. As equipes de entrevistadores, identificados por crachá se dirigiram aos setores com mapas impressos de cada setor sorteado para realizar o arrolamento. Neste foram identificados e cadastrados os idosos que aceitaram participar da pesquisa totalizando 12 por setor.

Posteriormente foi dado início a coleta de dados através de agendamento prévio, por telefone com o idoso participante, segundo disponibilidade de dia e horário. As entrevistas com os idosos foram realizadas no domicílio do mesmo e tiveram uma duração de aproximadamente 60 minutos, com um intervalo de 10 minutos para que ele não se cansasse ou quando fosse necessário.

3.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Dentre os instrumentos de coleta de dados contidos no instrumento do Ministério da Saúde, que avaliará o idoso de forma multidimensional, incluem-se os específicos da presente pesquisa.

3.5.1 Entrevista

Inicialmente, foram coletados os dados referentes a Teoria das Representações Sociais utilizando uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B), composta por questões referentes ao Teste de Associação Livre de Palavras, com as seguintes palavras indutoras: «idoso» e «quedas».

O teste de associação livre de palavras ou evocação de palavras foi proposta por Vergès (1992) e consiste na preposição de palavras indutoras (acima relatadas), e se pede a

evocação de três a cinco palavras ou expressões. Para Oliveira et al. (2005) diversos estudiosos apropriam-se do teste de evocação utilizando-o como técnica de coleta de dados em pesquisas científicas.

3.5.2 Informações pessoais, perfil social e problemas de saúde

Em seguida, coletou-se os dados de identificação, perfil social e problemas de saúde referido pelo idoso (Anexo B). O questionário de informações pessoais utilizado na pesquisa contém as seguintes variáveis: idade; sexo; cor da pele; estado civil; se mora em apenas um local; número de pessoas que moram na casa e com quem o idoso mora; a pessoa responsável pelo domicílio; arranjo familiar, filhos próprios e adotivos vivos, presença ou ausência de cuidador; religião e utilização de serviço de saúde.

A parte de avaliação do perfil social é composta pelos seguintes itens: escolaridade; renda mensal do idoso e da família; auto-avaliação da situação econômica e da memória do idoso, atividades já desenvolvidas e atualmente realizadas por este e situação da moradia.

Em relação aos problemas de saúde, avaliou-se a morbidade auto-referida pelo idoso com as respectivas medicações prescritas pelo médico. Dentre os problemas de saúde questionados, tem-se: Anemia; Ansiedade/transtorno de pânico; Artrite reumatóide/osteoartrite/artrose; DPOC; asma; audição prejudicada; Câncer; Diabetes Mellitus; Depressão; Acidente Vascular Encefálico (derrame); outras doenças neurológicas: Parkinson/ esclerose; Hipertensão arterial sistêmica; outras doenças cardíacas; Doença Vascular Periférica (varizes); Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo); Prisão de ventre; Incontinência urinária e/ou fecal; Obesidade; Osteoporose; Problemas de coluna; Visão prejudicada (catarata/glaucoma).

3.5.3 Mini-exame do estado mental (MEEM)

Posteriormente, avaliou-se o estado cognitivo através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM foi proposto por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 e é utilizado para o rastreio do comprometimento cognitivo utilizado na detecção de perdas cognitivas. Este instrumento é provavelmente o mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países, já sendo validado para a população brasileira. Tem sido largamente usado para o rastreamento epidemiológico tanto em estudos na comunidade como em asilos (ENGELHARDT; LAKS; ROZENTHAL, 1997; JAMET et al., 2004).

Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 ponto (maior grau de comprometimento cognitivo), até um total máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva) (BRUCKI et al., 2003). Para idosos analfabetos o ponto de corte mais adequado para o déficit cognitivo deve ser 13 pontos, para os idosos com 1 a 7 anos de escolaridade o ponto de corte deve ser 18, e para idosos com 8 anos ou mais de escolaridade o ponto de corte deve ser de 26. É válido salientar que apesar deste instrumento ser bastante utilizado e indicado para rastreamento cognitivo, não fornece diagnósticos de quadros demenciais (BERTOLUCCI et al., 1994).

3.5.4 Instrumento do risco de quedas

Vários instrumentos são utilizados para avaliar o risco de quedas, dentre eles o Fall Risk Score (FRS), proposto por Downton (1993) em seu livro *Fall in the elderly* e traduzido e validado no Brasil por Schiaveto (2008). Para Meyer et al.(2005) e Vassallo et al. (2005), a vantagem dessa escala é a facilidade de aplicação em comparação com outros instrumentos e com um bom tempo de aplicação, aproximadamente 6,34 minutos. Rosendahl et al. (2003) afirma que a escala de Downton é uma ferramenta útil para prever quedas em idosos, independente de sua causa, pois apresenta uma associação entre a pontuação com o número de quedas.

A escala de risco de quedas utiliza cinco critérios para avaliar o risco de quedas, quais sejam: 1) presença ou não de quedas prévias; 2) medicações utilizadas pelos idosos com seus respectivos nomes; 3) presença ou não de déficit sensorial; 4) Estado Mental através do Mini-Exame do Estado Mental; 5) marcha, avaliando o modo de deambular.

Esta escala varia de zero a onze pontos, as pontuações iguais ou superiores a três sugerem que o idoso possui risco para quedas.

Portanto, com a finalidade de avaliar o risco para quedas, o instrumento utilizado foi o *Fall Risk Score*.

3.5.5 Instrumento de avaliação das quedas

O instrumento de quedas utilizado na presente pesquisa foi elaborado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) por Schiaveto (2008) durante sua dissertação de mestrado, com auxílio de pesquisadores da área do envelhecimento: médicos e enfermeiras. Os pesquisadores se basearam na bibliografia de geriatria, gerontologia e quedas e o estudo contou com uma amostra de 515 idosos residentes em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, com idades entre 65 e 103 anos.

Composto por 68 questões, os itens incluídos neste instrumento diz respeito a avaliação das quedas, são estes: número de quedas, local da queda, ingestão ou não de bebida alcoólica ou de alguma medicação antecedendo as quedas, causa da queda (intrínseca e/ou extrínseca), tipo de consequência, local e resultado da consequência (se presente).

3.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos das entrevistas foram organizados em dois bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento, utilizando os softwares: SPSS 11.5 e Alceste 4.8.

A análise dos dados quantitativos obedeceu as seguintes etapas:

- Inicialmente elaborou-se uma planilha no programa Microsoft Excel que foi preenchido empregando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação) e com correção de possíveis inconsistências.
- Concluída a digitação e a consistência dos dados, os dados foram importados para aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows, versão 11.5. para análises estatísticas descritivas;
- Na análise univariada, as variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) e de proporções para variáveis categóricas;
- Já na análise bivariada, para a as variáveis qualitativas foram realizadas medidas de associação em Tabelas de contingência (X^2 , razão de prevalência e razão de chance de prevalência ou odds ratio). Nas análises bivariadas, foi considerado nível de significância de 0,05;
- Para a análise final do desfecho principal foi empregado a regressão logística múltipla, tendo como desfecho o risco de queda com as seguintes variáveis predictoras:

sexo, faixa etária, ocorrência de quedas, com quem mora e algumas co- morbididades mais prevalentes. Considerou-se o nível de significância de 0,01 na análise de regressão múltipla.

Posteriormente, as informações provenientes das entrevistas foram submetidas à Técnica da Análise de Conteúdo Categrical Temática (BARDIN, 2004), seguindo as seguintes etapas: 1) *Pré-Análise*: leitura flutuante; escolha dos documentos: constituição do *corpus* composto por 240 entrevistas; preparação do material; escolha do tipo de análise: ACT (Análise de Conteúdo Temática); seleção das Unidades de Contexto: parágrafos; Seleção das Unidades de Registros: temas; recortes; processo categrical a posterior; decodificação e Texting da técnica selecionada; 2) *Exploração do Material*: administração da técnica sobre o *corpus*, e 3) *Tratamento dos Resultados e Interpretações*: dimensão estatística; síntese e seleção dos resultados (validação); inferências e interpretação, de acordo com o aporte teórico das representações sociais.

Após a análise de conteúdo as 240 falas foram submetidas ao *software Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte)* concebido por Max Reinert no final da década de 70 no âmbito das investigações em Psicologia Social e introduzido no Brasil em 1998 por Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (REINERT, 1997; CAMARGO, 2005).

O Alceste é um método de estatística textual que tem como objetivo principal identificar a organização tópica do discurso que compõe um *corpus*, ou seja, a totalidade dos dados textuais. Emprega uma análise de classificação hierárquica descendente e possibilita a uma análise lexicográfica do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelos vocabulários e pelos segmentos de texto que compartilham este vocabulário (CAMARGO, 2005).

O programa toma como base um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que dependem da natureza da pesquisa e deverão ser definidas pelo pesquisador. Um conjunto de UCIs constitui um *corpus* de análise.

O processo de análise segue etapas que será apresentada a seguir: 1) Leitura do texto, redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas) e constituição de um dicionário; 2) Segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); 3) Descrição das classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas, 4) Análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas e

análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma) (CAMARGO, 2005).

Os resultados após processamento e análise de todos os dados resultantes das entrevistas serão interpretados a partir do referencial teórico das Representações Sociais e apresentados em figuras e temas.

3.7 Aspectos Éticos

Seguindo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido, dentro de um projeto maior da equipe de pesquisa da UFPB, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba HULW/UFPB. O número do protocolo da aprovação é o 0598.

Os participantes através do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice A) foram informados sobre o desenvolvimento da pesquisa. A participação dos sujeitos aconteceu por vontade própria, com as garantias de anonimato e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento de sua execução (BRASIL, 1996).

CAPÍTULO IV

Resultados e Discussão

4.1 Caracterização Sócio-demográfica

O presente estudo foi realizado com 240 idosos residentes em João Pessoa –PB que vivem em domicílio.

Os resultados, apresentados na Tabela 2, mostram que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (69,6%). Enquanto que a faixa etária mais prevalente foi de 70 a 74 anos, correspondendo a 24,2%, sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 96 anos, com uma média de 71,6 anos, a mediana de 71,0 e o desvio padrão de $\pm 7,5$.

Observou-se semelhante achado em uma pesquisa que avaliou os fatores causais e as conseqüências das quedas danosas, baseada em uma combinação entre o local da queda e a atividade que desenvolvia durante a ocorrência, em 333 idosos da Alemanha, e encontraram uma prevalência de idosos da comunidade com menos de 80 anos (BLEIJLEVENS et al, 2010).

Já a presença de idosos do sexo feminino foi soberana em vários estudos no âmbito do envelhecimento, sejam eles nacionais ou internacionais, realizados por Ribeiro et al (2008), Lopes (2009), Nunes et al. (2009), Gleason et al. (2009), Coutinho, Bloch e Rodrigues (2009), Bekibel e Gureje (2010) e Fhon (2011).

De acordo com dados do IBGE (2009), em 2008, 56,2% da população brasileira de idosos são de mulheres. Esse predomínio do sexo feminino nos estudos se deve a maior mortalidade masculina e posterior declínio da mortalidade feminina e é conceituada como “feminização da velhice”. Além disso, deve-se salientar que homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferenciada (IBGE, 2000).

A cor branca foi predominante entre as mulheres idosas (44,3%) e a cor parda entre os homens (46,6%). No Brasil, de aproximadamente oito milhões de idosas, cinco eram brancas, ou seja, 62,1% da população (IBGE, 2000). Na pesquisa realizada por Damy (2010) 62,9 das mulheres e 37,1% dos homens dos idosos eram brancos, divergindo dos achados do presente estudo.

Em relação ao estado civil a maior parte é de mulheres viúvas e de homens casados. Semelhante achado foi encontrado na pesquisa de Damy (2010) realizada na periferia da cidade de Santos, interior de São Paulo, com 168 idosos da comunidade na qual 85% das mulheres eram viúvas e 58,7% dos homens eram casados.

A viuvez é o estado conjugal soberano entre as mulheres, correspondendo a 39%. Todavia, aproximadamente 70% dos homens idosos eram casados e só 13% viúvos (IBGE, 2000). De acordo com Camarano (2003) as diferenças por sexo em relação ao estado conjugal

se devem por uma maior longevidade das mulheres e pelos preceitos culturais e sociais imperantes em nossa sociedade que levam os homens viúvos a se casarem novamente com mulheres mais jovens. Por outro lado, as mulheres idosas que desejam casar-se novamente enfrentam preconceitos.

Observa-se que as mulheres possuem escolaridade média, de 5 a 8 anos de estudo (30,5%), seguido de analfabetas (22,9%). Já os homens entrevistados 28,8% possuem escolaridade baixa (1 a 4 anos) e escolaridade média (5 a 8 anos). Esse achado contradiz demais estudos realizados na comunidade, como o de Crepaldi (2009) com 2.024 idosos, destes, 1061 (52,4%) tinham de 1 a 3 anos de escolaridade, seguido dos analfabetos 769 (38,0%). Na pesquisa realizada por Schiavetto (2008) a maioria dos idosos 55,5% tinha escolaridade baixa (de 1 a 4 anos), achado semelhante foi encontrado na pesquisa de Fhon (2011), ambos foram realizados na cidade de Ribeirão Preto, interior de São Paulo.

Os idosos, em sua maioria, possuem renda (45,8%) equivalente a um salário mínimo, seguido de 3 a 5 salários mínimos (17,5%) salientando-se que na época da entrevista o salário mínimo passou de 510, em 2010, para 545, em 2011. Semelhante achado na pesquisa de Mendes (2009) em Unidades de Saúde da Família, na qual os 70 idosos pesquisados possuíam uma renda mensal de 1 a 2 salários. Houve discordância com os achados do estudo realizado por Damy (2010), no qual a maioria recebia até 2 salários mínimos, seguido dos idosos sem rendimentos, entretanto os sujeitos deste estudo eram, necessariamente, de baixa renda.

Entre os idosos avaliados apenas 4,6% vivem só em seus domicílios, os demais (95,4%) vivem acompanhados, destes 33,8% vivem com filhos e neto (arranjos trigeracionais), 16,3% vivem com o cônjuge e filhos, seguido de 13,8% que vivem só com o cônjuge. Na investigação de Silva (2008) com 200 idosos, de 60 anos ou mais, da Associação dos Aposentados de Catanduva/SP e região, apenas 19% residem sozinhos.

De forma discordante, porém significativa para a literatura percebe-se que as mulheres, em sua totalidade, possuem escolaridade média e recebem até 1 salário mínimo por mês. Esse fato apresentado demonstra uma diversificação do pensamento das idosas entrevistadas que optaram por se alfabetizar e trabalhar.

Dentre as variáveis do estudo salientadas as que apresentaram significância estatística foram estado civil e renda mensal.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos idosos que vivem no domicílio segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, cor da pele, renda e com quem mora relacionando ao sexo. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL n (%)	p
	n	%	n	%		
Faixa Etária						
60-64 anos	16	21,9	32	19,2	48 (20,0)	
65-69 anos	16	21,9	37	22,2	53 (22,1)	
70-74 anos	20	27,4	38	22,8	58 (24,2)	0,625
75-79 anos	12	16,4	30	18,0	42 (17,5)	
80-84 anos	8	11,0	19	11,4	27 (11,3)	
85 anos ou mais	1	1,4	11	6,6	7 (5,0)	
Estado Civil						
Solteiro(a)	3	4,1	20	12,0	23 (9,6)	
Casado(a)	59	80,8	67	40,1	126 (52,5)	
Divorciado(a)/ desquitado(a)	1	1,4	10	6,0	11 (4,6)	<0,001*
Viúvo(a)	10	13,7	70	41,9	80 (33,3)	
Cor auto-referida						
Branca	25	34,2	74	44,3	99 (41,3)	
Parda	34	46,6	60	35,9	94 (39,2)	0,303
Preta	12	16,4	24	14,4	36 (15,0)	
Outras	2	2,7	9	5,4	11 (4,6)	
Escolaridade						
Analfabeto	13	17,8	42	25,1	55 (22,9)	
Escolaridade baixa (1 a 4 anos)	21	28,8	34	20,4	42 (22,9)	0,111
Escolaridade média (5 a 8 anos)	21	24,7	51	30,5	70 (30,0)	
Escolaridade alta (9 ou mais anos)	18	24,7	40	24,0	73 (24,2)	
Renda Mensal						
Sem Renda	1	1,4	23	13,8	24 (10,0)	
1 salário mínimo	30	41,1	80	47,9	110 (45,8)	
2 salários mínimos	6	8,2	23	13,8	29 (12,1)	0,001*
3 a 5 salários mínimos	19	26,0	23	13,8	42 (17,5)	
Mais de 6 salários mínimos	17	23,3	18	10,8	35 (14,6)	
Com quem mora						
Sozinho	2	2,7	9	5,4	11 (4,6)	
Somente com o cônjuge	15	20,5	18	10,8	33 (13,8)	
Cônjuge e filho(s)	20	27,4	19	11,4	39 (16,3)	
Cônjuge, filho(s), genro e nora	2	2,7	8	4,8	10 (4,2)	
Somente com o(s) filho(s)	2	2,7	16	9,6	18 (7,5)	0,679
Arranjos trigeracionais	23	31,5	58	34,7	81 (33,8)	
Arranjos intrageracionais	0	0,0	3	1,8	3 (1,3)	
Somente com os netos	0	0,0	5	3,0	5 (2,1)	
Não familiares	0	0,0	5	3,0	5(2,1)	
Outros	9	12,3	26	15,6	35 (14,6)	
Total	73	100	167	100	240 (100)	

p: Teste χ^2 ; Nível de significância $\alpha = 0,05$. * Estatisticamente significante

** Salário mínimo no início da pesquisa: 510 reais

4.2 Perfil das quedas

A média das quedas dos idosos nos 6 meses anteriores a entrevista, foi de 1,77, a mediana foi de 1,0 e o desvio padrão de 1,21 quedas.

Tabela 3. Distribuição da frequência, das características das quedas e da utilização de bebida alcoólica ou alguma medicação antes da queda segundo o sexo. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL n (%)	p
	n	%	n	%		
Número de quedas						
0	63	86,3	125	74,9	188 (78,3)	
1 a 2	5	6,8	35	21,0	40 (16,7)	
3 a 4	4	5,5	7	4,2	11 (4,6)	0,030*
5 ou mais	1	1,4	0	0,0	1 (0,4)	
Total	73	100	167	100	240 (100)	
Altura da queda						
Cama	0	0,0	2	4,8	2 (3,8)	
Cadeira ou poltrona	2	20,0	7	16,7	9 (17,3)	
Cadeira de banho/ vaso sanitário	0	0,0	3	7,1	3 (5,8)	
Própria altura	6	60,0	26	61,9	32 (61,5)	
Arvore	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)	
Escada	2	20,0	4	9,5	6 (11,5)	
Telhado	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)	
Local da queda						
pátio/quintal	3	30,0	2	4,8	5 (9,6)	
cozinha	1	10,0	6	14,3	7 (13,5)	
hall de entrada	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)	
dormitório/quarto	0	0,0	4	9,5	4 (7,7)	
sala	2	20,0	7	16,7	9 (17,3)	
banheiros	0	0,0	4	9,5	4 (7,7)	
calçada	3	30,0	8	19,0	11 (21,2)	
rua/avenida	1	10,0	9	21,4	10 (19,2)	
jardim	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)	
subir ou descer de veículos	0	0,0	2	4,8	2 (3,8)	
Uso de bebida antes da queda						
Sim	1	10,0	1	2,4	2 (3,8)	0,545
Não	9	90,0	41	97,6	50 (96,2)	
Uso de medicamento antes da queda						
Sim	0	0,0	13	31,0	13 (25,0)	0,020*
Não	10	100,0	29	69,0	39 (75,0)	
Total	10	100	42	100	52 (100)	

p: Teste χ^2 ; Nível de significância $\alpha = 0,05$. * Estatisticamente significante

Dos idosos avaliados 78,3% relatam não ter sofrido quedas nos últimos 6 meses. A prevalência do número de repetição de quedas variou de 1 a 2, representados por 16,7% do total de 21,7%. Do número absoluto de quedas (n=52), 19,3% (n=10) foram do sexo masculino, um menor número quando comparado ao sexo feminino, com 80,7% (n=42)

(Tabela 3). Schiaveto (2008) analisou, na dissertação de mestrado, a proporção de idosos que sofreram quedas nos 12 meses anteriores a entrevista e suas conseqüências e estimou o risco de quedas em relação aos fatores demográficos, sociais e cognitivos. Contou com uma amostra probabilística de 515 idosos com idade acima de 65 anos e residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP na qual 24,1% apresentaram ocorrência de quedas, sendo, em sua maior parte, do sexo feminino. Achado semelhante ao encontrado na presente investigação, entretanto é válido salientar que levou-se em considerações as quedas ocorridas nos 6 meses anteriores a entrevista. Sendo a investigação nos últimos 6 ou 12 meses, aproximadamente metade dos idosos que sofrem quedas apresentam episódios recorrentes no mesmo ano da ocorrência (SANCHEZ et al., 1999).

As mulheres têm mais propensão a sofrer eventos de quedas do que os homens e essa maior incidência pode ser explicada pelas diferenças fisiológicas e na estrutura óssea e muscular, além das alterações hormonais relacionadas à menopausa (ISHIZUKA, 2008; STEINMAN; PYNOOS; NGUYEN, 2009). Além do número acentuado de tarefas que as mulheres executam domicílio (BOYD; STEVENS, 2009).

Em relação aos idosos que participaram do estudo, 61,5% caiu da própria altura, seguido de cadeira/poltrona (17,3%). Gawryszewski (2010) investigou as características das quedas com ênfase nas quedas do mesmo nível, em idosos acima de 60 anos, residentes no Estado de São Paulo. O autor analisou as 1.328 mortes registradas no Sistema de Informação de Mortalidade e os 359 atendimentos realizados em 24 Unidades de Emergência, em 2007, e as 20.726 internações no Sistema de Informação Hospitalar/SUS em 2008 e encontrou que as quedas no mesmo nível foram responsáveis por 47,4% do total de internações e por 35% do total de óbitos, indicando que as circunstâncias da ocorrência são ser relativamente simples.

Verifica-se na tabela 3 que o local mais freqüente da ocorrência de quedas foi dentro da própria residência, com um somatório de 55,8%. Esse achado condiz com a literatura que aponta que a maioria das quedas ocorre dentro do domicílio do idoso (BRITO, COSTA, 2001; FABRÍCIO, RODRIGUES E COSTA JUNIOR, 2004; GAWRYSZEWSKI, 2010).

A totalidade dos idosos que sofreram quedas (96,2%) informaram não ter feito uso de bebidas alcoólicas antes da queda, todavia 25% fizeram uso de medicamentos, não ocorrendo associação entre a utilização de medicamentos com o número de quedas, dado que diferiu do estudo de Siqueira et al. (2007) que houve relação direta entre o número de medicamentos referidos para o uso contínuo e a ocorrência de quedas, em ambos os sexos.

Shuto et al. (2010) avaliaram a associação entre utilização de medicamentos com as quedas e identificaram os medicamentos com alta propensão de cair através de um estudo

retrospectivo realizado no Japão por 30 dias entre Março de 2003 e Agosto de 2005 coletados através de relatórios e registros médicos. Em pacientes internados em um hospital, no momento em que ocorre o evento de queda, os autores avaliaram os 14 dias antecedentes referentes as medicações. Se a queda ocorreu no dia ou três dias anteriores a administração dos medicamentos, há uma associação da queda com o medicamento. Caso o paciente tivesse sido medicado nos 6 a 14 dias antecedentes à queda, não ocorre essa associação. As 98 medicações prescritas foram classificados em 9 grupos: hipnóticos, ansiolíticos, anti-psicóticos, anti-histamínicos, anti-diabéticos, anti-hipertensivos, antiparkinsonianos, agentes anti-ulcerosos e diuréticos. Os resultados foram categorizados pela classe de medicação ou pela medicação específica. Alguns medicamentos foram apresentados como preditor das quedas: anti-hipertensivos, antiparkinsonianos, ansiolíticos, e agentes hipnóticos. As análises foram feitas separadas em pacientes acima ou abaixo de 75 anos. Do total de pacientes internos foram avaliados 349 pacientes que caíram.

No que tange aos fatores que ocasionaram as quedas, os extrínsecos foram mais frequentes que os intrínsecos, demonstrados na tabela 4 abaixo. Achado divergente do encontrado na pesquisa de Fhon (2011) que obteve maior prevalência dos fatores de risco intrínsecos.

Entre os fatores intrínsecos, pode-se destacar: alteração de equilíbrio (50%), dificuldade para caminhar (20%), tontura/vertigem (15%) e fraqueza muscular (12,5%).

É difícil estabelecer um único fator de risco para as quedas por serem eventos multifatoriais. Dentre os intrínsecos, pode-se destacar a presença de co-morbidades, a idade avançada (80 anos e mais) (SIQUEIRA et al., 2007; SUELVES; MARTÍNEZ; MEDINA, 2010); indivíduos do sexo feminino (ISHIZUKA, 2008); história prévia de quedas (NEVITT et al. 1989); imobilidade (NEVITT et al. 1989); doenças crônicas (RIBEIRO et al., 2008), utilização de medicamentos (RIBEIRO et al., 2008; SHUTO et al., 2010) diminuição na função sensorial que gerenciam o controle postural, quais sejam: diminuição da capacidade visual, da capacidade auditiva, distúrbios vestibulares e distúrbios proprioceptivos (MORENO; ANDRÉ, 2009; SILVA et al., 2010); alterações no Sistema Nervoso Central (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2006); sedentarismo e declínio do sistema músculo-esquelético, em especial, diminuição da força muscular, rigidez articular e alterações no padrão de marcha (GARBELLINI, 2004; SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; SILVA et al., 2010). Entretanto, a prática diária de exercícios físicos minimizam essas perdas associadas a idade avançada (VALIM-ROGATTO et al., 2009).

Ambientes inseguros favorecem uma maior probabilidade de quedas, pois ocasionam desafios ao equilíbrio do idoso. Os fatores extrínsecos mais comumente apresentados na literatura são: pisos lisos; iluminação inadequada; superfícies escorregadias; tapetes soltos ou com dobras; escadas com degraus altos ou estreitos; obstáculos no caminho; desníveis de piso; ausência de corrimãos em corredores e banheiros; prateleiras excessivamente baixas ou elevadas; calçados inadequados; roupas compridas; via pública mal conservada com buracos ou irregularidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Quanto às causas das quedas relacionadas aos fatores extrínsecos, pode-se destacar: degrau alto ou com desnível no piso (23,7%), pisos irregulares ou com buracos (18,4%), calçados inadequados (15,8%) e pisos escorregadios ou molhados (11,8%).

Na pesquisa de Coutinho, Block e Rodrigues (2009) um quinto das 414 quedas com fraturas que resultou em hospitalizações ocorreu devido a tropeços, e um quinto enquanto o mesmo número ocorreu devido chãos escorregadios.

Os fatores intrínsecos e extrínsecos estão interligados sendo, muitas vezes, difícil predizer uma única causa da queda. Além disso, os riscos de quedas dependem da frequência de exposição ao ambiente inseguro e do estado funcional dos idosos (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

Tabela 4. Distribuição dos fatores causais intrínsecos e extrínsecos das quedas segundo sexo. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL
	n	%	n	%	n (%)
Fatores Intrínsecos					
Dificuldade para caminhar	2	28,6	6	18,2	8 (20,0)
Alteração de equilíbrio	2	28,6	18	54,5	20 (50,0)
Fraqueza muscular	1	14,3	4	12,1	5 (12,5)
Tontura/ vertigem	2	28,6	4	12,1	6 (15,0)
Hipotensão postural	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Confusão mental	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Perda da rigidez do corpo sem perda da consciência	0	0,0	1	3,0	1 (2,5)
Desmaio	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Total	7	100	33	100	40 (100)
Fatores Extrínsecos					
Falta de iluminação adequada	0	0,0	1	1,7	1 (1,3)
Tapetes soltos	0	0,0	1	1,7	1 (1,3)
Pisos irregulares	3	16,7	11	19,0	14 (18,4)
Pisos escorregadios ou molhados	1	5,6	8	13,8	9 (11,8)
Degrau alto ou desnível	5	27,8	13	22,4	18 (23,7)
Objetos no chão	1	5,6	5	8,6	6 (7,9)
Animais domésticos	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Subir em objeto / móvel	0	0,0	1	1,7	1 (1,3)
Escadaria sem corrimão	2	11,1	1	1,7	3 (3,9)
Banheiro sem apoio	0	0,0	1	1,7	1 (1,3)
Roupas longas que atrapalhavam a marcha	0	0,0	4	6,9	4 (5,3)
Calçados inadequados	3	16,7	9	15,5	12 (15,8)
Acessórios de apoio	3	16,7	3	5,2	6 (7,9)
Total	18	100	59	100	76 (100)

Verifica-se na tabela 5 que somente 11,5% dos idosos que sofreram quedas foram hospitalizados e apenas 3,8% necessitaram de algum tipo de cirurgia. No estudo de Varas-Fabra et al. (2006) 3,3% dos idosos necessitaram de hospitalização.

Entre os que caíram, 11,5% tiveram fratura como consequência, achado similar ao encontrado na literatura. O estudo de Siqueira et al. (2007), realizado no Brasil, encontrou uma prevalência de 12%, e na pesquisa de Milisen et al. (2004) no Japão a prevalência foi de 10%.

Dentre as fraturas decorrentes das quedas, 42,9% ocorreram nos membros inferiores, 33,3% nos membros superiores, 11,1% no quadril e 11,1% na costela.

Dados de internações hospitalares para a população brasileira no estudo de Gawryszewski, Koizumi e Jorge (2003) mostraram que aproximadamente 70% das lesões são fraturas, especialmente de fêmur, isto é, nos membros inferiores, dado semelhante à pesquisa em questão e a de Gawryszewski (2010).

As fraturas foram mais prevalentes nas mulheres idosas, fato corroborado por Tranah et al (2008) que relataram maior incidência de fraturas em indivíduos acima de 70 anos e na população feminina.

Sanders et al. (2009) afirmam que as quedas e as fraturas entre os idosos são importantes problemas de saúde pública e podem ser associados a morbidades e diminuição da qualidade de vida. Aproximadamente 90% de todas as fraturas de quadril resultam do impacto de uma queda.

Sendo as consequências físicas ou psicológicas acarreta dano aos idosos e seus familiares, que auxiliam aos idosos no período de recuperação. Na amostra estudada, as mais prevalentes foram: medo de cair novamente (65,3%), alteração do andar (14,3%) ansiedade (10,4%) e ajuda para a execução das atividades de vida diária (6,1%). Resultado similar ao encontrado por Schiaveto (2008) que teve prevalência maior o medo de novas quedas (40,3%), seguida de alterações no padrão de marcha (14,5%).

O medo de cair vem, muitas vezes, acompanhado do próprio processo de envelhecimento sem estar relacionado com os eventos de quedas, estando presente entre 12 e 65% de idosos com mais de 60 anos. Já naqueles idosos com histórico de quedas, a literatura aponta uma maior prevalência, entre 29 a 92% (LEGTERS, 2002).

No estudo de Lopes (2009) realizado no município de Diamantina, estado de Minas Gerais com 147 idosos utilizando o instrumento FES-I-BRASIL que avalia o medo de cair em 16 atividades diárias distintas, concluiu-se que 90,48% dos idosos sofreram medo de cair e

54,42% apresentaram histórico de quedas. Além disso, houve associação positiva entre o medo de cair e o histórico de quedas.

Para Kuczynski e Ostrowska (2006) e Gillespie e Friedman (2007) o medo de cair faz parte de um ciclo vicioso que inclui o risco de quedas, o déficit de equilíbrio, a diminuição da mobilidade, o medo de cair, e o declínio funcional resultando em mais medo. Que para Sousa, Oliveira e Gonçalves (2004) repercutem em isolamento social, depressão e alto custo financeiro e emocional para a família e a sociedade, interferindo diretamente na qualidade de vida do idoso.

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo sexo, consequência da queda e tipo da consequência, local da fratura e resultado da consequência, João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Masculino		Feminino		TOTAL N (%)
	N	%	N	%	
Consequências da queda					
Nenhuma	9	90,0	35	83,3	44 (84,6)
Hospitalização	1	10,0	5	11,9	6 (11,5)
Cirurgia	0	0,0	2	4,8	2 (3,8)
Tipo da consequência					
Nenhuma	6	60,0	18	42,9	24 (46,2)
Escoriações	2	20,0	15	35,7	17 (32,7)
Ferimento com ponto	1	10,0	0	0,0	1 (1,9)
Fratura tipo fechada	1	10,0	4	9,5	5 (9,6)
Fratura tipo exposta	0	0,0	1	2,4	1 (1,9)
Entorse e luxação	0	0,0	4	9,5	4 (7,7)
Total	10	100	42	100	52 (100)
Local da fratura					
Membros Superiores	1	50,0	2	28,6	3 (33,3)
Membros Inferiores	1	50,0	3	42,9	4 (44,4)
Cabeça	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Face	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Costela	0	0,0	1	14,3	1 (11,1)
Quadril	0	0,0	1	14,3	1 (11,1)
Coluna	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Total	2	100	7	100	9 (100)
Resultado da consequência					
Afetou o andar	1	9,1	6	15,8	7 (14,3)
Ajuda para atividade da vida diária	0	0,0	3	7,9	3 (6,1)
Mudança de domicílio	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Institucionalização em asilos e similares	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Rearranjo familiar	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Medo de cair novamente	7	63,6	25	65,8	32 (65,3)
Depressão	1	9,1	1	2,6	2 (4,1)
Ansiedade	2	18,2	3	7,9	5 (10,2)
Perda de decidir como organizar a própria vida	0	0,0	0	0,0	0 (0,0)
Total	11	100	38	100	49 (100)

4.3 Associação do risco de quedas com diversas variáveis

Realizou-se uma associação do risco de quedas com as seguintes variáveis: *sexo, faixa etária, desempenho cognitivo e presença de quedas*. As medidas de risco relativo ou razão de prevalência (RR) e da razão de chances ou *odds ratio* (OR) foram considerados significativos para uma significância p-valor $\leq 0,20$, tendo como resultados, p-valor: $<0,001$; $0,054$; $<0,001$ e $<0,001$. Todas as variáveis apresentaram significância estatística (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo sexo, faixa etária, desempenho cognitivo e ocorrência de quedas relacionados ao risco de quedas. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Alto risco de quedas	Baixo risco de quedas	TOTAL	Razão de Prevalência	Razão de Chance de Prevalência	p
	N (%)	N (%)	N (%)	RR (IC95%)	OR (IC95%)	
Sexo						
Feminino	96 (57,5)	71 (42,5)	167 (100)	1,749	2,761	$<0,001^*$
Masculino	24 (32,9)	49 (67,1)	73 (100)	(1,229-2,488)	(1,551-4,914)	
Faixa etária						
Idosos mais jovens (60-79 anos)	95 (47,3)	106 (52,7)	201 (100)	0,737	0,502	0,054*
Idosos mais velhos (80 anos um mais)	25 (64,1)	14 (35,9)	39 (100)	(0,559-0,972)	(0,247-1,021)	
Desempenho Cognitivo						
Baixo	39 (79,6)	10 (20,4)	49 (100)	1,877	5,296	$<0,001^*$
Alto	81 (42,4)	110 (57,6)	191 (100)	(1,510-2,333)	(2,498-11,231)	
Apresentou quedas						
Sim	38 (73,1)	14 (26,9)	52 (100)	1,675	3,509	$<0,001^*$
Não	82 (43,6)	106 (56,4)	88 (100)	(1,329-2,112)	(1,783-6,906)	

p: Teste χ^2 ; Nível de significância $\alpha = 0,05$. * Estatisticamente significante

O risco de quedas foi mensurado pelo instrumento *Fall Risk Score* que considera como alto risco os idosos com escore \geq três pontos.

Neste contexto, foi constatado que ser do sexo feminino aumenta a chance de ocorrer quedas em 1,749 quando comparado ao sexo masculino e ser idoso mais jovem (60 a 79 anos) é fator de proteção para o risco de quedas, ou seja, quanto mais jovem o idoso menor o risco de sofrer esses eventos.

Do mesmo modo, pode-se observar, na tabela 6, que os idosos que apresentaram baixo desempenho cognitivo possuem 1,877 maior risco de sofrer quedas, enquanto apresentar quedas anteriores nos últimos 6 meses é 1,675 vezes mais provável de cair do que aqueles idosos que não sofreram esses eventos.

O risco de quedas aumenta em idosos de idade avançada, do sexo feminino, viúvo, analfabeto, com desorientação têmporo-espacial, consumo aumentado de medicamentos e com uma má percepção do estado de saúde (VARAS-FABRA et al., 2006). Achado condizente com a presente pesquisa e a de Siqueira et al. (2007) que obteve uma maior prevalência de quedas associada com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como sendo ruim e maior número de medicações referidas para uso contínuo.

Bekibele e Gureje (2010) no estudo sobre a avaliação da prevalência e fatores associados com as quedas, como: características sócio-demográficas, presença de déficit visual, condições físicas crônicas e presença de insônia entre 2.096 indivíduos com idade acima de 65 anos em vários estados da Nigéria, encontraram um maior fator de risco para quedas em mulheres, indivíduos acima de 80 anos, com 7-12 anos de escolaridade e nível socioeconômico de baixo a médio.

Está bem estabelecido na literatura que o risco de quedas aumenta em pacientes com déficit cognitivo e com o score do Mini-Exame do Estado Mental pontuando 24 de 30 pontos, dado similar ao encontrado na pesquisa em questão e que ocorre devido a desorientação visoespacial, imputando em uma má percepção dos perigos ambientais e a uma avaliação errônea das próprias habilidades (MAHONEY et al., 2005; VARAS-FABRA et al., 2006; RUBENSTEIN, 2006). Desse modo, Gleason et al. (2009) pesquisaram se o déficit cognitivo sutil resultavam em um risco de quedas e concluíram que pode haver associação entre o declínio cognitivo e o risco maior desses eventos. Nesse contexto, é válido salientar que para avaliar a cognição através do MEEM empregou-se, na presente pesquisa, o score de Bertolucci et al. (1994), que para idosos analfabetos utiliza o ponto de corte de 13 pontos, de 1 a 7 anos de escolaridade o ponto de corte deve ser 18, e com 8 anos ou mais de escolaridade o ponto de corte deve ser de 26.

Estudos presentes na literatura apontam que idosos com precedente de quedas possuem maior risco para a recorrência desses episódios. Quando a queda tem como resultado uma consequência séria, como uma fratura, isso implica em uma maior vulnerabilidade a novos eventos (NEVITT et al., 1989; PERRACINI; RAMOS, 2002; SCHIAVETO, 2008).

Achado discordante encontrado por Bommel et al. (2005) que concluíram que idosos com histórico de quedas não possuíam maior risco de quedas devido um maior número de perigos em casa, enquanto indivíduos sem precedente de quedas tiveram maior risco quando três ou mais perigos estavam presentes.

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo co-morbidades auto-referidas mais prevalentes relacionadas ao risco de quedas. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Risco de quedas		Razão de Prevalência	Razão de Chance de Prevalência	p
	Alto N (%)	Baixo N (%)			
Ansiedade/Transtorno do Pânico					
Sim	32 (68,1)	15 (31,9)	1,493	2,545	0,006*
Não	88 (45,6)	105 (54,4)	(1,164-1,916)	(1,295-5,002)	
Artrite reumatóide/oesteoartrite/artrose					
Sim	52 (64,2)	29 (35,8)	1,501	2,400	0,002*
Não	68 (42,8)	91 (57,2)	(1,178-1,913)	(1,381-4,169)	
Audição prejudicada					
Sim	29 (74,4)	10 (25,6)	1,642	3,505	0,001*
Não	91 (45,3)	110 (54,7)	(1,293-2,086)	(1,622-7,575)	
Diabetes Mellitus					
Sim	35 (62,5)	21 (37,5)	1,353	1,941	0,033*
Não	85 (46,2)	99 (53,8)	(1,047-1,747)	(1,051-3,586)	
Depressão					
Sim	29 (82,9)	6 (17,1)	1,867	6,055	<0,001*
Não	91 (44,4)	114 (55,6)	(1,506-2,314)	(2,410-12,212)	
Hipertensão Arterial Sistêmica					
Sim	98 (67,6)	47 (32,4)	6,919	2,918	<0,001*
Não	22 (23,3)	73 (76,8)	(3,835 -12,482)	(1,989-4,282)	
Obesidade					
Sim	9 (64,3)	5 (35,7)	1,309	1,865	0,271
Não	111 (49,1)	115 (50,9)	(0,867-1,977)	(0,606-5,738)	
Osteoporose					
Sim	37 (62,7)	22 (37,3)	1,368	1,986	0,025*
Não	83 (45,9)	98 (54,1)	(1,062-1,760)	(1,086-3,630)	
Problemas de Coluna					
Sim	60 (60,0)	40 (40,0)	1,400	2,000	0,009*
Não	60 (42,9)	80 (57,1)	(1,091-1,797)	(1,187-3,370)	
Visão prejudicada					
Sim	72 (68,6)	33 (31,4)	1,929	3,955	<0,001*
Não	48 (35,5)	87 (67,5)	(1,485-2,505)	(2,300-6,801)	

p: Teste χ^2 ; Nível de significância $\alpha = 0,05$. * Estatisticamente significante

A Tabela 7 mostra a associação das co-morbidades mais prevalentes com o risco de quedas. Dentre elas destaca-se Hipertensão Arterial Sistêmica, visão prejudicada, problemas de coluna, osteoporose e doenças reumatológicas, como preditores para ocorrência de quedas. Dentre as co-morbidades avaliadas, a única que não apresentou significância estatística foi obesidade ($p=0,271$).

Percebe-se ainda, na Tabela 7, que os idosos que são acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica ($<0,001$) tem aproximadamente 7 vezes mais risco de sofrer quedas do que os indivíduos sem a doença. Enquanto ter déficit visual ($<0,001$) e depressão ($<0,001$), aumentam em 1,929 e 1,867 a probabilidade de cair.

Na presente investigação outras co-morbidades foram questionadas aos idosos (Anexo B), entretanto as mesmas foram pouco relatadas e por isso optou-se por enfatizar as mais prevalentes.

Dentre os fatores de risco para os eventos de quedas, conhecidos na literatura, têm-se a diminuição na função sensorial que é necessária para o controle postural: o declínio da capacidade visual, o déficit auditivo, ambos observados e com relação estatisticamente significativa com o risco de quedas; os distúrbios vestibulares e os distúrbios proprioceptivos com diminuição das informações sobre a base de sustentação e com consequente aumento do tempo de reação à situações de perigo (MORENO; ANDRÉ, 2009; STEINMAN; PYNOOS; NGUYEN, 2009).

Outros fatores que podem contribuir para quedas são as alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) e os distúrbios do sistema músculo-esquelético que acompanham o processo de envelhecimento acarretando na diminuição da densidade dos ossos longos e da coluna vertebral, com alterações do equilíbrio mineral ósseo e diminuições mais graves, que podem resultar em tecidos osteopênicos ou osteoporóticos, também observado na presente investigação (LUSTRI; MORELLI, 2004).

Múltiplas co-morbidades podem, ainda, favorecer a ocorrência de quedas, pois segundo Perracini e Ramos (2002) a prevalência de doenças crônicas aumenta a possibilidade desses eventos, dentre as quais se enfatiza: patologias cardiovasculares (hipotensão ortostática, arritmias, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva); patologias neurológicas (demência, Parkinson, neuropatia periférica); patologias endócrino-metabólicas (hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoglicemias, hiperglicemias); patologias pulmonares (embolia pulmonar); utilização de medicamentos (ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos entre outros) e interações medicamentosas devido a utilização de múltiplos medicamentos (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; GAWRYSZEWSKI, 2010).

Outro fator que pode contribuir para o risco de ocorrência das quedas é a depressão, por diminuir a disposição para realização de tarefas e ocasionar fraqueza muscular culminando com dificuldade na execução da marcha (CAVANILLAS et al, 2000). Além da necessidade, por parte do doente, de utilizar medicações para a sua cura, como, por exemplo, os benzodiazepínicos (SCHIAVETO, 2008).

Damy (2010) investigou a influência de fatores sócio-demográficos, de hábitos de vida e do acesso aos serviços de saúde sobre a capacidade funcional dos idosos, com 168 idosos de baixa renda de Santos/SP, e encontrou que há uma prevalência dos seguintes

problemas de saúde: HAS, doenças osteoarticulares e insônia. Achados similares para Bekibele e Gureje (2010) que avaliaram a presença de déficit visual, de condições físicas crônicas e de insônia em 2.096 indivíduos com idade acima de 65 anos em vários estados da Nigéria e concluíram que a prevalência de quedas aumentou nas seguintes condições: artrite, algias na coluna torácica e cervical e outras dores, déficit visual e insônia. Ambos estudos apresentam resultados afins a presente investigação.

As doenças articulares são freqüentes na população idosa e podem contribuir imobilidade, resultando em dor, desequilíbrio postural e favorecendo a ocorrência de quedas (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; LOJUDICE et al., 2010).

Lopes (2009) ao estudar a prevalência de faturas vertebrais e os fatores de risco associados, com 769 idosos com idade acima de 65 anos, constatou que as doenças mais relatadas foram HAS e Diabetes Mellitus.

De acordo com Nevitt et al. (1989) durante estudos sobre os fatores de risco para quedas em 325 idosos na comunidade com idade acima de 60 anos, com histórico de pelo menos uma queda no ano anterior e com acompanhamento por 12 meses para avaliar a freqüência das quedas e suas conseqüências, afirmam que o aumento no risco de ocorrência de dois ou mais eventos de quedas ocorrem nas seguintes condições de saúde: pessoas com doenças crônicas como artrite ou doença de Parkinson. As doenças neurológicas foram pouco relatadas no presente estudo, não sendo, pois, apresentadas.

Para Vance et al. (2006) uma saúde deficitária pode resultar em um piora das funções físicas e que, por isso, pode resultar em uma fator preditor para o aumento das quedas.

Tabela 8. Análise de regressão logística envolvendo o risco de quedas e preditores. João Pessoa, 2011 (n=240).

Variável	Alto risco de quedas N (%)	Baixo risco de quedas N (%)	Razão de Chance de Prevalência	p
Sexo				
Feminino	96 (57,5)	71 (42,5)	1,248	0,609
Masculino	24 (32,9)	49 (67,1)	(0,534-2,916)	
Faixa etária				
Idosos mais jovens (60-79 anos)	95 (47,3)	106 (52,7)	0,502	0,061
Idosos mais velhos (80 anos um mais)	25 (64,1)	14 (35,9)	(0,244-1,033)	
Apresentou quedas				
Sim	38 (73,1)	14 (26,9)	2,831	0,014*
Não	82 (43,6)	106 (56,4)	(1,234-6,496)	
Com quem mora				
Sozinho	2 (18,2)	9 (81,8)	7,273	0,038*
Acompanhado	71 (31,0)	158 (69,0)	(1,113-47,547)	
Morbidade				
Hipertensão Arterial				
Sim	98 (67,6)	47 (32,4)	1,748	0,135*
Não	22 (23,3)	73 (76,8)	(0,841-3,631)	
Visão prejudicada				
Sim	72 (68,6)	33 (31,4)	8,189	<0,001*
Não	48 (35,6)	87 (67,5)	(4,079 - 16,442)	
Problemas de Coluna				
Sim	60 (60,0)	40 (40,0)	1,180	0,629
Não	60 (42,9)	80 (57,1)	(0,603-2,308)	
Doenças Reumatológicas				
Sim	52 (64,2)	29 (35,8)	4,200	<0,001
Não	68 (42,8)	91 (57,2)	(2,166-8,144)	

* Estatisticamente significativa

Na regressão logística, apresentada na Tabela 8, em que foi gerada através do modelo de regressão saturada, foram analisados como preditores *o sexo, a faixa etária, a ocorrência queda, com quem mora e as quatro co-morbidades mais prevalentes: Hipertensão arterial, Visão prejudicada, problemas de coluna e doenças reumatológicas*. As variáveis que apresentaram associação com o risco de quedas foram *queda, com quem mora, HAS e déficit visual*. Quando comparado com a ocorrência de quedas, o alto risco apresentou prevalência duas vezes maior que o baixo risco, ou seja, OR = 2,831 e IC95% (1,234 – 6,496).

Os demais preditores, mesmo com significância estatística quando avaliados isoladamente, com utilização da regressão logística nenhum deles foi estatisticamente significativo.

4.4 Representações sociais sobre Idoso e Quedas

Os dados provenientes dos testes de associação livre de palavras apreendidos pelo *software* Alceste foram constituídos a partir de um *corpus* formado por 240 Unidades de Contexto Iniciais (UCI's) e 215 Unidades de Contexto Elementar (UCE's) classificadas de 245 selecionadas, que correspondem aos segmentos de textos dimensionados pelo programa com um aproveitamento de 87.76% dos dados interpretados. Foram descartadas pelo programa as palavras com frequência inferior a 4.

Após a redução das palavras em suas raízes obtiveram-se 191 palavras analisáveis (com frequência igual ou superior a cinco), 28 palavras instrumentais (articuladores discursivos como artigos, preposições) e 23 palavras variáveis (com asterisco). As 191 palavras analisáveis ocorreram 2.799 vezes.

A análise hierárquica determinou assim, 7 classes de segmentos (UCEs) de texto diferentes entre si, apresentadas pelo dendograma a seguir, que consiste no produto da classificação hierárquica descendente e ilustra a relação interclasses.

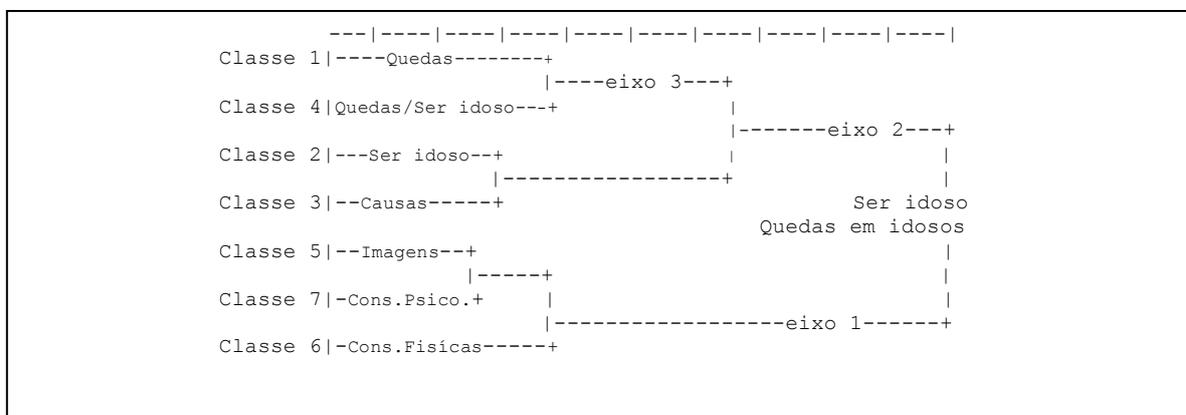


Figura 5. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.

Fonte: Alceste, 2011.

4.4.1 As Classes e seus significados

Os conteúdos sobre ser idoso, queda e queda em idoso apreendidos, são apresentados a partir das sete classes/categorias simbólicas que foram definidas após a leitura dos conteúdos semânticos definidos em cada classe.

As descrições das classes serão apresentadas a seguir contemplando os conteúdos mais significativos de cada uma.

Pode-se visualizar que as palavras foram organizadas entre si pelo sentido que apresentam ao termo indutor e foram apresentadas em figuras cuja distância foi calculada nas UCEs de cada classe, com seus respectivos qui-quadrados (λ^2).

Classe 1 – Descrições negativas sobre quedas

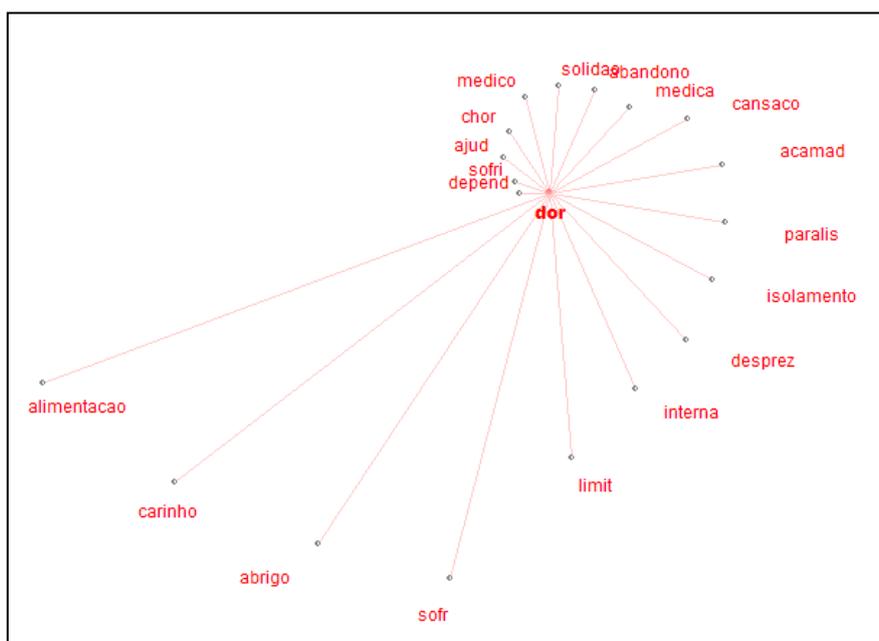


Figura 6. Palavras associadas significativamente à classe 1.

Fonte: Alceste, 2011.

Para os idosos avaliados, formados predominantemente por analfabetos e casados, as quedas aparecem como debilitante e que necessita de assistência:

{...} dor ... Sofrimento ... choro ... médicos ... ajudar ... machucado ... cuidados ... choro ... médicos ... assistência ... sofrer ... abandono ... desprezo ... Isolamento ... Bom ... paraplégico ... fratura ... acamado ... dependentes ... cuidado ... cansaço ... isolamento ... solidão ... queda ... dor ... hospital ... dor ... ajuda ... morte ... alimentação ... desprezo ... dependência ... sofrimento ... paralisção ... dependência ... dor ... solidão ... abandono ... desprezo ... parálítico ... acamado fraturas ... medicamentos ... cansaço ... doente ... tristeza ... exame ... internação {...} (Sujeitos: 77; 137; 86; 27; 112; 189; 126; 27; 225; 83; 86; 38; 6)

Os idosos avaliados remetem as quedas como algo negativo, sendo a principal consequência a *dor* ($\lambda^2=53.04$) (figura 6) devido as perdas sejam elas físicas ou psicológicas: *limitação* ($\lambda^2=5.35$), *dependência* ($\lambda^2=9.20$) inclusive *para alimentação* ($\lambda^2=10.31$) necessidade de utilização de *medicamentos* ($\lambda^2=12.86$), *isolamento* ($\lambda^2=12.86$), *desprezo e solidão* ($\lambda^2=7.58$). Todas essas perdas resultam em *sofrimentos* ($\lambda^2=7.95$), *cansaços* ($\lambda^2=6.75$) e *choros* ($\lambda^2=13.28$) para os idosos com necessidade de *carinho* ($\lambda^2=4.85$) e *ajuda* ($\lambda^2=19.30$).

As quedas apresentam impactos na vida dos idosos, pois os mesmos restringem suas atividades devido às dores e incapacidade além de resultar em morbidade importante, mortalidade, declínio funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde (RIBEIRO et al., 2008).

Em relação ao consumo de serviços de saúde, tem-se a utilização de medicamentos, que como explanado anteriormente, pode ser uma das conseqüências das quedas. Entretanto, a ingestão de medicamentos pode também estar relacionada às causas, pois de acordo com Shuto et al. (2010) a utilização de alguns medicamentos podem ser fator de risco para a ocorrência de quedas, quais sejam: benzodiazepínicos, antidepressivos, anti-psicóticos, anti-hipertensivos, entre outros.

Ainda neste contexto, os idosos relataram as palavras *médicos, medicamentos, internação, cuidado e ajuda*. Observa-se, portanto, que essas palavras estão interligadas no que concerne aos cuidados necessários após os eventos de quedas. Perracini e Ramos (2002) e Sousa, Oliveira e Gonçalves (2004) ratificam ao afirmar que as quedas resultam em aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e pelo aumento das hospitalizações.

De acordo com Gawryszewski (2010) a real magnitude do problema das quedas em nosso meio é desconhecida, principalmente se não ocasionar lesões, contudo, pelas evocações apresentadas pelos idosos avaliados percebe-se que os mesmos conhecem suas conseqüências, pois remetem as quedas como algo negativo que de forma geral, causa sofrimento.

Classe 2 – Descrições relacionadas a ser idoso

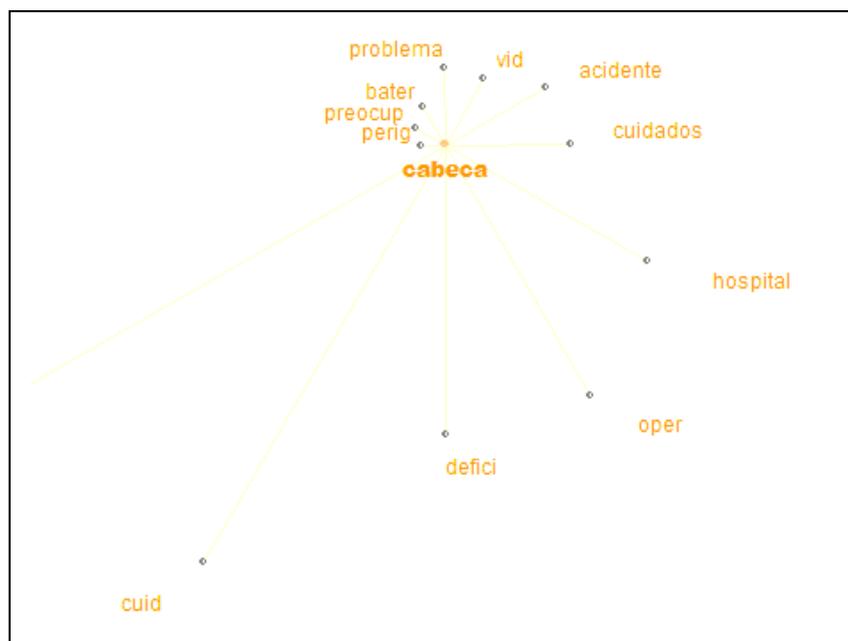


Figura 7. Palavras associadas significativamente à classe 2.

Fonte: Alceste, 2011.

Esta classe estruturada pelos idosos com 5 a 8 anos de escolaridade demonstra sentidos negativos e positivos associados ao processo de envelhecer:

{...} operação ... risco de vida ... bater a cabeça ... perigo ... hospital ... pessoa experiente ... sabedoria ... preocupada com a família ... tempo ... saúde ... felicidade ... Jesus ... ganha pouco ... depende dos outros ... precisa de cuidados ... inútil ... falta de lazer ... limite ... fim da vida ... mais recursos físicos ... problema ... repouso ... tranqüilidade ... fé em Deus ... problema ... internamento ... perigoso ... medo ... estabilidade financeira ... família ... matrimônio.vida ... preocupação. dor de cabeça ... dúvida ... fragilidade ... mais velho{...} (Sujeitos: 151; 57; 15; 149; 173; 66; 181; 177; 216; 94)

É sabido o envelhecimento ocorre de maneira distinta entre os indivíduos e, por isso, os mesmos devem ser analisados de forma integral (BRASIL, 2007). E ao analisar essa etapa da vida sob a própria perspectiva individual, percebe-se tanto formas distintas de “ver a vida” como o amadurecimento ao longo dos anos.

Pois para Morhy (1999) o envelhecimento pode ser conceituado como o processo de acúmulo de experiências e enriquecimento da vida por meio de conhecimentos e habilidades físicas. E é essa sabedoria que nos proporciona o potencial para tomar decisões razoáveis e benéficas.

Desse modo, mesmo diante das evocações negativas como «ser idoso» é *bater a cabeça* ($\lambda^2= 36.64$), podendo ser *operado* ($\lambda^2= 12.12$) e *hospitalizado* ($\lambda^2= 5.79$), resultando, assim,

em *preocupações* ($\lambda^2= 27.18$) e *problemas* ($\lambda^2= 20.79$), e, por isso, precisar de *cuidados* ($\lambda^2= 6.37$) e desse modo se sentir *inútil* ($\lambda^2= 17.84$), a grande parte dos idosos entrevistados também remetem o envelhecimento como um período de *sabedoria e experiência, na qual se tem bastante tempo e tranqüilidade*, mas que para isso é imprescindível ter *saúde*.

Ainda na perspectiva da integralidade presente no processo de envelhecer, os idosos remetem o envelhecimento sobre distintas óticas, levando em conta os aspectos biológicos (*dor de cabeça, hospital, operação*), funcionais (*fragilidade, deficiência, dependência*) sociais (*família*) psicológicas (*pessoa experiente, sabedoria, inútil, medo*), econômicos (*ganha pouco, estabilidade financeira*) e cronológicos (*mais velho, idoso*).

Sendo assim, para Papaléo Netto (2007) o gênero, a classe social, a saúde, a educação, a personalidade, a história e o contexto socioeconômico são importantes elementos que devem mesclar com a idade cronológica.

Classe 3 – Descrições dos fatores causais das quedas

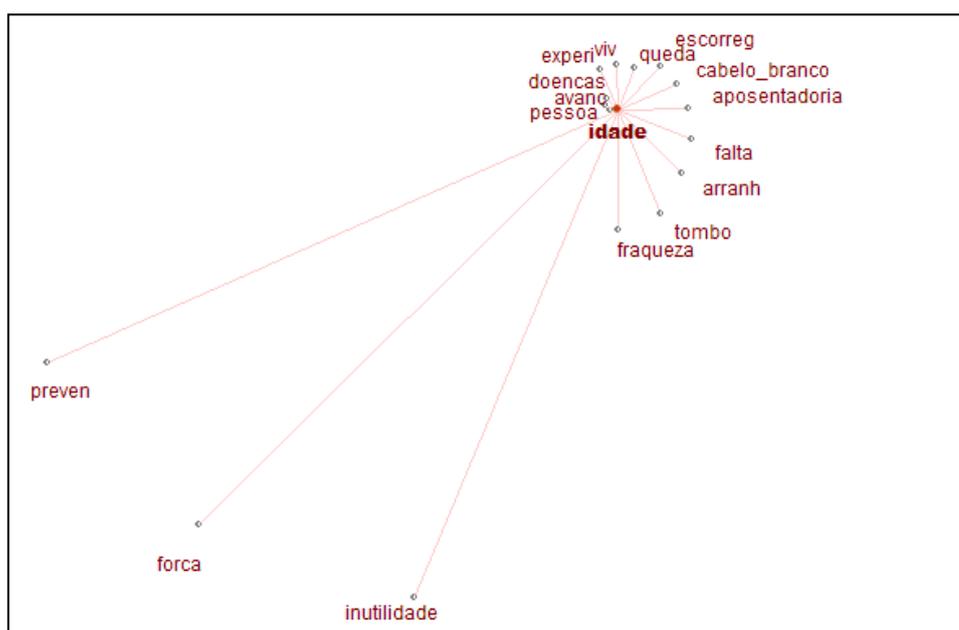


Figura 8. Palavras associadas significativamente à classe 3.

Fonte: Alceste, 2011.

Pelas evocações apresentadas, percebe-se claramente que a **classe três** refere-se aos fatores que ocasionam as quedas e todas estas estão relacionadas à idade:

{...} *escorregão ... arranhão ... tropeçar ... tombo ... quebrar ... Cuidados ... escorregar ... distração ... dificuldade visual ... deslizar ... problema de visão ... obstáculo ... estar velho ... perna cansada ... doenças ... torção ... problema ... falta de cálcio ... falta de força ... fraqueza ... medo ... aposentadoria ... escorregar ... desequilibrar ... falta de atenção ... mais idade ... mais acabada ... medicamento ...*

doenças ... idade avançada ... preocupação ... quedas ... acidente ... dano ... sofrer ... fragilidade {...} (Sujeitos: 122; 234; 90; 211; 9; 119; 121; 144; 54; 192; 202)

Para Zijlstra et al. (2007) o que predispõe as quedas são os efeitos cumulativos de alterações ligadas à idade, doenças e meio ambiente inadequado. Portanto, as quedas são multifatoriais e podem estar relacionadas a fatores intrínsecos, decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos e a fatores extrínsecos, circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso (RIBEIRO et al., 2008; ALVARES; LIMA; SILVA, 2010; SILVA et al., 2010).

Por ser um somatório de agentes causais, e, portanto, pela impossibilidade de estabelecer uma única causa, os idosos entrevistados referem claramente os fatores intrínsecos e os extrínsecos associados às quedas.

Dentre os fatores intrínsecos, os idosos relatam: *idade* ($\lambda^2= 76.13$) *avançada* ($\lambda^2= 53.29$), *perna cansada*, *quedas* ($\lambda^2= 13.74$), *doenças* ($\lambda^2= 4.11$), *falta* ($\lambda^2= 7.06$) *de força* ($\lambda^2= 13.22$) *e de cálcio*, *fraqueza* ($\lambda^2= 3.99$), *fraqueza* ($\lambda^2= 3.99$), *desequilibrar*, *medicamento*. Essas causas relacionadas ao próprio indivíduo idoso são descritas na literatura: idade avançada (80 anos e mais), história prévia de quedas, fraqueza muscular, alterações na marcha, comprometimento da capacidade funcional, interferindo nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, o declínio da acuidade visual e auditiva, alterações da capacidade cognitiva (NEVITT et al. 1989; SIQUEIRA et al., 2007; SHUTO et al., 2010). Em relação as co-morbidades, múltiplas patologias cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas ou pulmonares podem favorecer os eventos de quedas (PERRACINI; RAMOS, 2002). Além da utilização de medicamentos e, principalmente, a interação medicamentosa (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Já no que se refere aos fatores extrínsecos, foram referidos: *escorregar* ($\lambda^2= 33.11$), *tombo* ($\lambda^2= 25.80$), *tropeçar*, *obstáculo*, *torção*, *quedas e acidente*. Pode-se construir uma frase lógica a partir de algumas palavras acima descritas “*As quedas podem ocorrer quando o idoso encontra algum obstáculo pela frente. Esse acidente pode ser causado por escorregão, tombo ou até por torção dos pés*”.

Sendo assim, ambientes inseguros predispõe as quedas por ocasionar desafios ao equilíbrio do idoso, como a utilização de calçados inapropriados, má iluminação, piso escorregadio ou liso, tapetes soltos, escada com degraus estreitos e objetos que interferem na deambulação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2001; MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Portanto percebe-se que, dentre os idosos avaliados, há uma maior informação e consequente conhecimento dos fatores que ocasionam as quedas, por estar próximo da realidade destes idosos.

Classe 4 – Descrições associadas às quedas e ser idoso

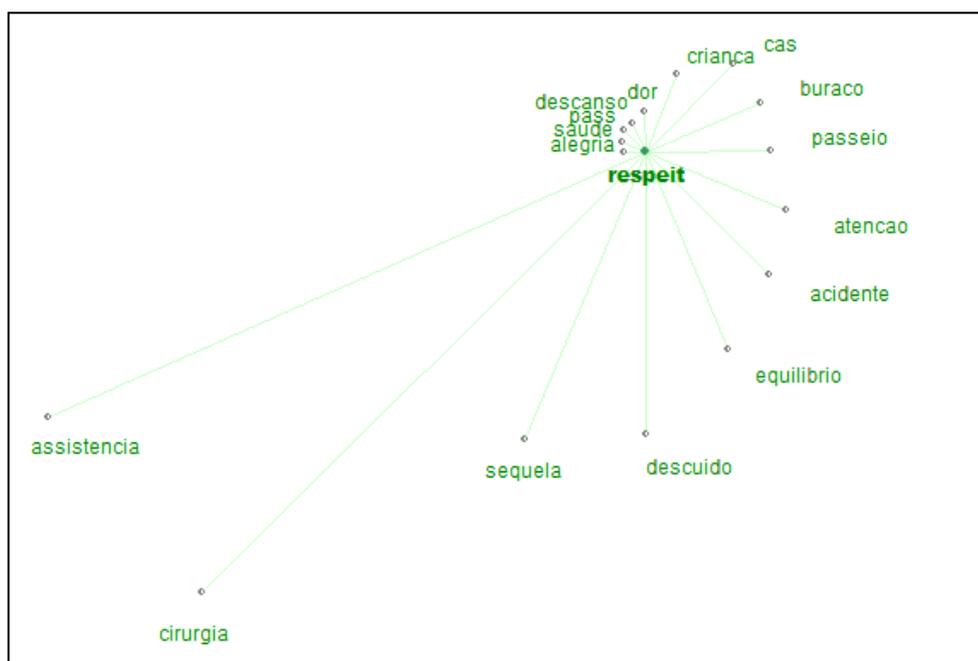


Figura 9. Palavras associadas significativamente à classe 4.

Fonte: Alceste, 2011.

Nos conteúdos dessa classe pode-se identificar sentidos associados as quedas e ser idoso:

{...} respeito ... sabedoria ... lazer ... passeio ... alegria ... brincadeira ... ensino ... descanso ... decanso ... paz ... se arrebentar ... evitar ... falta de atenção ... escorrego ... dor ... cirurgias ... assistência ... falta de segurança ... falta de equilíbrio ... saúde ... dificuldades ... filhos ... fora da realidade ... cai ... dor ... fraturas ... cirurgia ... feridas ... dor ... cuidados ... descuido ... sofrimento ... desprezo ... discriminação ... seqüelas ... lembrança do local de trabalho ... alegria ... buraco ... chão liso ... sorriso ... infância ... criança ... doenças ... agonias ... aposentadorias ... dor {...} (Sujeitos: 222; 124; 133; 7; 145; 245; 228; 212; 28; 207; 218; 215; 100).

A **classe quatro**, composta predominantemente pelos idosos na faixa etária de 70 a 74 anos, surge em decorrência da dificuldade de desvincular o processo de envelhecimento da ocorrência de quedas. Entre os idosos pesquisados essa associação está clara e pode ser exemplificada pelas seguintes evocações: *respeito* ($\lambda^2= 49.91$), *sabedoria* ($\lambda^2= 3.99$), *alegria* ($\lambda^2= 8.19$), *assistência* ($\lambda^2= 9.97$), *descuido* ($\lambda^2= 13.82$), *dor* ($\lambda^2= 4.42$), *sofrimento* ($\lambda^2= 3.99$),

descanso ($\lambda^2= 7.45$), *falta de segurança, saúde* ($\lambda^2= 14.17$), *dificuldades, filhos* ($\lambda^2= 4.39$), relacionados a ser idoso e *se arrebentar, evitar, falta de atenção* ($\lambda^2= 6.89$) e de *equilíbrio* ($\lambda^2= 13.82$), *escorrego, dor* ($\lambda^2= 4.42$), *fraturas* ($\lambda^2= 4.41$), *cirurgia* ($\lambda^2= 15.68$), *seqüelas* ($\lambda^2= 12.66$), *buraco* ($\lambda^2= 4.92$) associadas às quedas.

O rápido e abrupto processo de envelhecimento da população brasileira, com conseqüente despreparo por parte dos órgãos governamentais para lidar com essa situação vigente tanto em nível individual, com melhorias na saúde e prevenção de doenças, como em nível coletivo, como acessibilidade, aliadas as alterações do próprio processo de envelhecer com perdas e limitações resulta em declínios da capacidade funcional e, que tem entre outras conseqüências, um aumento na probabilidade de ocorrência de quedas. Explicando, pois, a vinculação das quedas com o processo de envelhecer.

Classe 5 – Imagens associadas às quedas

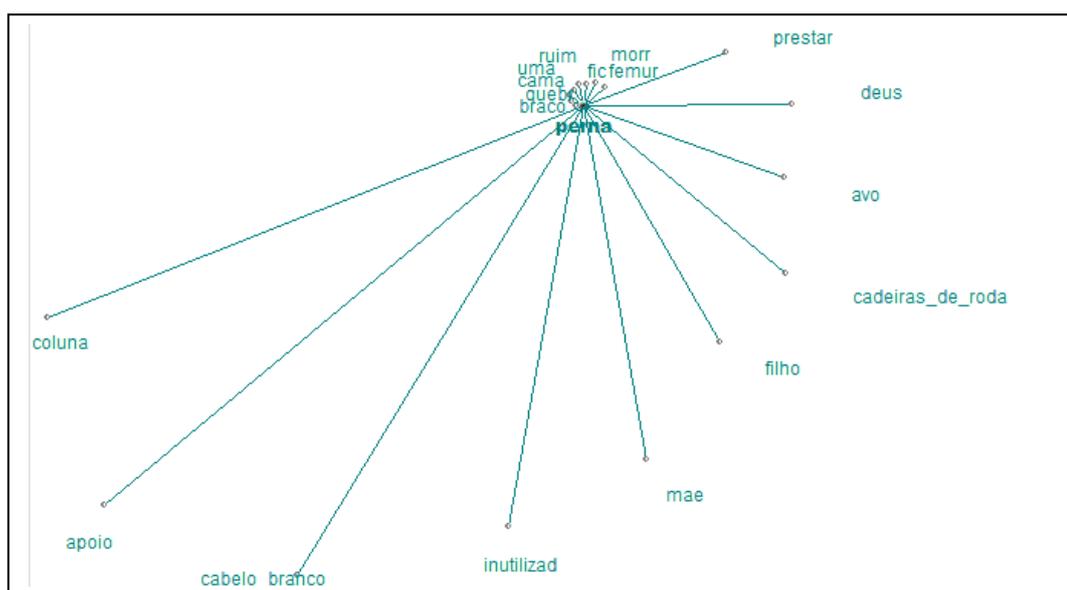


Figura 10. Palavras associadas significativamente à classe 5.

Fonte: Alceste, 2011.

Os indivíduos do sexo feminino, com 80 a 84 anos, separadas e viúvas foram as principais responsáveis pela formação da classe em foco:

{...} *quebrar um braço ... quebrar uma perna ... quebrar ... fêmur ... ficar inutilizado ... morrer ... ficar em cima de uma cama ... inutilizada ... dependente ... Deus ... morar ... amanhã ... eternidade ... velho ... irmãos ... avos ... tios ... netos ... Deus livra ... mãe ... pai ... avô ... ficando idoso ... cabelo branco ... ruga ... feio ... permissão de Deus ... não trabalhar ... inutilidade ... quebrar uma perna ... ficar inválido ... cuidados ... fé ... morrer ... pavor ... meus pais ... solidão ... desprezo ... cuidado ... ruim ... triste ... braço ... perna ... fêmur* {...} (Sujeitos: 72; 19; 235; 32; 61; 107; 93; 105; 128; 186)

Nas falas apresentadas acima e na figura 10 percebe-se que as evocações dos idosos que originou a **classe cinco** referem-se as imagens sobre as quedas. A análise das UCE's características dessa classe permite afirmar que diante da queda e de suas conseqüências, exemplificadas pelas palavras: *quebrar* ($\lambda^2= 4.42$) *braço* ($\lambda^2= 49.71$), *perna* ($\lambda^2= 58.27$), *morrer* ($\lambda^2= 33.05$), ficar em cima de uma *cama* ($\lambda^2= 21.13$), *dependente*, os idosos tem como alicerce a família e a fé: *avôs* ($\lambda^2= 13.10$), *filhos* ($\lambda^2= 4.71$), *tios*, *netos* ($\lambda^2= 8.11$), *irmãos*, *mãe* ($\lambda^2= 4.18$), *pai*, *meus pais*, *Deus* ($\lambda^2= 19.2$), *Deus livra*, *eternidade*, *permissão de Deus*, *fé*, e o *apoio* ($\lambda^2= 5.20$) advém da família e da crença.

A família é a fonte primária de auxílio e cuidados aos seus integrantes, desde o nascimento até a morte. E culturalmente, em nossa sociedade, espera-se que durante a velhice dos pais, os filhos e outros familiares, assumam a responsabilidade pelos seus cuidados, provendo-os material e afetivamente de acordo com suas condições e necessidades (PERLINI, LEITE, FURINI, 2007).

Desse modo, para as autoras acima citadas, os significados, os valores e as crenças são desenvolvidos no seio da própria relação familiar, nas experiências vividas e compartilhadas entre os membros. Sendo assim, ocorre uma relação inter e intrageracional, em um momento de suas vidas os pais cuidam dos filhos e os mais velhos cuidam dos mais novos, em outros momentos essa relação se inverte e no caso dos idosos, são pelos filhos, cuidados.

Já em relação a religiosidade, a fé é um sentimento arraigado em nossa cultura e constitui-se uma maneira de pensar de forma positiva e construtiva, confiando que o que se deseja, acontecerá. É um sentimento que “alimenta a alma”, e, portanto, as ações de saúde dirigidas aos idosos deverão manter ou procurar desenvolver a espiritualidade, independente do credo ou convicção religiosa (TRENTINI et al, 2005).

Para Trentini et al (2005), o segredo do êxito da fé estar vinculada a convicção de que Deus curará e dessa maneira, o subconsciente absorve a ideia e faz com que a cura aconteça.

Desse modo, percebe-se que o laço familiar e a dimensão espiritual são dois modos de enfrentamento dos problemas, em particular, as quedas, e devem sempre ser valorizados ao planejar ações de saúde para esta população.

Classe 6 – Descrições das conseqüências físicas associadas as quedas

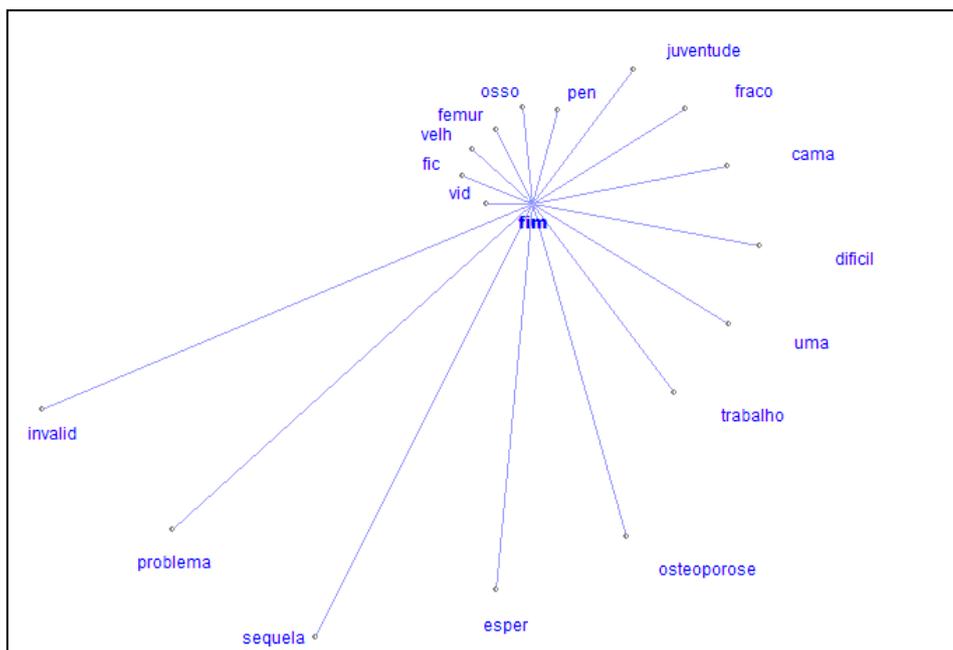


Figura 11. Palavras associadas significativamente à classe 6.

Fonte: Alceste, 2011.

Verifica-se falas enfatizando aspectos físicos associados às quedas:

{...} pena ... fim ... morte ... conflitos ... faz mal ... juventude ... ajuda ... invalidez ...
 fêmur ... ruim ... difficil ... fim da vida ... morte ... perigo ... ossos fracos ... fratura ...
 aleijado ... machucar ... ferimento ... velho ... dependente ... restrição ... dificuldade ...
 ... ficar em cima de uma cama ... ossos fracos ... osteoporose ... pior ainda ... quedas ...
 ... ruim ... trauma ... seqüela ... inválida ... trabalho ... desastre ... invalidez ... velho ...
 ... andar ... ajudar ... quebrar um osso ... quebrar o fêmur ... hospital ... ficar em cima de uma cama {...} (Sujeitos: 131; 88; 219; 55; 227; 92; 106; 142; 2; 139; 220)

A maior parte das UCEs dessa classe foi produzida por idosos casados e apresenta elementos relativos as conseqüências físicas presentes após a ocorrência das quedas: *aleijado* ($\lambda^2= 6.05$), *fêmur* ($\lambda^2= 10.11$), *ferimento* ($\lambda^2= 10.49$), *fraco* ($\lambda^2= 13.39$), *inválido* ($\lambda^2= 11.42$), *osteoporose* ($\lambda^2= 13.39$), *sequela* ($\lambda^2= 13.39$) resultando no *fim* ($\lambda^2= 30.23$), sempre remetendo a finitude.

Pode-se construir um texto lógico com algumas palavras referidas anteriormente e com o encontrado na literatura: “As quedas podem resultar em fraturas, ferimentos, traumas, ossos fracos e quebrados, principalmente o fêmur. Com isso, o idoso necessita de ajuda, pode ser hospitalizado, fica dependente e inválido, pois restringe as atividades e pode até ficar em cima de uma cama. Esse é um trauma difícil para o idoso e pode acarretar em seqüelas e até a morte, o fim da vida.”

Através do texto acima construído com base nas palavras evocadas pode-se complementar com Perracini e Ramos (2002) e Gawryszewski (2010) ao afirmarem que as quedas podem ocasionar declínio funcional nas Atividades de Vida Diária, imobilidade e dependência dos familiares, alterações do equilíbrio e do controle postural, institucionalizações, hospitalizações prolongadas causando sério prejuízo à qualidade de vida dessa população. As quedas representam, ainda, causas de acidentes domiciliares fatais e mesmo que a morte não ocorra, seu efeito pode ser deletério pela imobilidade muitas vezes imposta pelos familiares, por médicos ou por auto-imposição.

Portanto, “as quedas são importante causa de mortalidade, morbidade e incapacitações entre a população idosa” (GAWRYSZEWSKI, 2010 p.162).

Um achado interessante nas evocações dos idosos entrevistados é que os mesmos relataram 10 vezes a palavra *fêmur e quebrar o fêmur* e, no presente estudo, 44,4% das fraturas decorrentes das quedas ocorreram nos membros inferiores. Dado corroborado por Gawryszewski, Koizumi e Jorge (2003) na qual 70% das lesões encontradas no estudo que avaliou as mortes e as internações por causas externas cadastradas nos Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e no Sistema de Informações de Mortalidade eram fraturas e ocorreram principalmente no fêmur.

Sendo assim, é comum acontecerem, entre os idosos, multimorbidades e reincidência das quedas, gerando incapacidades parciais ou dependência e pior qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2008). Por isso, as quedas devem ser focos de atenção, pois mesmo que não resultem em mortes, pode ocasionar lesões incapacitantes.

Classe 7 – Descrições das conseqüências psicossociais relacionadas as quedas

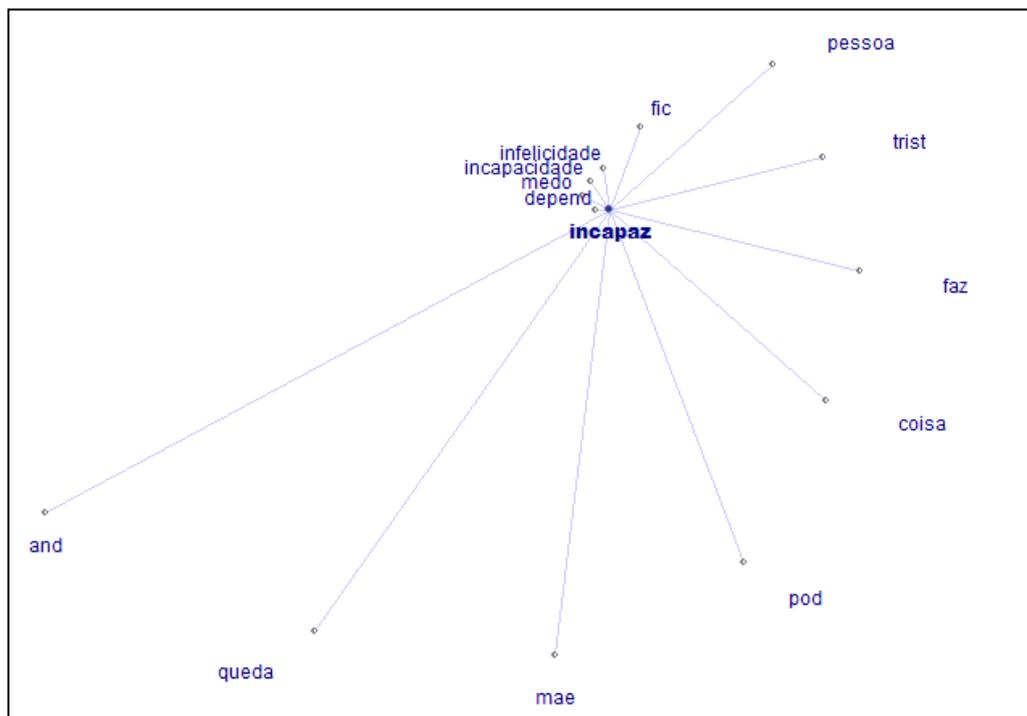


Figura 12. Palavras associadas significativamente à classe 7.

Fonte: Alceste, 2011.

As falas dos idosos comprovam os aspectos psicossociais conseqüente a ocorrências das quedas:

{...} dependência ... incapaz ... infelicidade ... dependência ... não pode mais fazer o que fazia ... ruim ... perigoso ... mãe ... velho ... dependência ... incapacidade ... cuidados ... doente ... não pode fazer as coisas ... dependência ... incapacidade ... ficar sozinho ... medo ... dependência ... incapacidade ... tem medo de sair ... difícil para todos ... difícil ... desequilíbrio ... incapacidade ... dependência ... tristeza ... esperar a hora a morte ... incapacidade ... medo de quedas ... dependência ... sem perspectiva de futuro ... inútil ... sem oportunidade ... necessidade de amor ... necessidade de carinho ... desconfiança ... medo ... falta de liberdade ... fraqueza {...} (Sujeitos: 155; 160; 164; 209; 156; 25; 167; 158; 44; 87).

Examinar um indivíduo com risco de quedas, salientando apenas os fatores de risco físicos, é negligenciar aspectos causadores das quedas e relevantes como os fatores psicossociais, incluindo o medo de cair (LOPES et al., 2009).

Sendo assim, essas expressões que originaram a **classe sete**: *dependência* ($\lambda^2= 13.51$), *incapaz* ($\lambda^2= 34.15$), *incapacidade* ($\lambda^2= 27.55$), *infelicidade* ($\lambda^2= 9.45$), *medo* ($\lambda^2= 10.54$), *ficar sozinho*, *sem perspectiva de futuro*, *sem oportunidade*, *falta de liberdade*, são importantes e a clara comprovação que para a pessoa idosa, a queda pode assumir inúmeros significados psicossociais como decadência, fracasso, medo, isolamento social, demonstrado acima pela expressão “*ficar sozinho*”, gerados pela percepção de perda da capacidade de

realizar tarefas e com conseqüente diminuição da autoconfiança, resultando, muitas vezes em depressão (LOPES et al., 2009).

Para Kuczynski e Ostrowska (2006) e Gillespie e Friedman (2007) quando o idoso cai, o temor de novas quedas, resulta em restrição da mobilidade com conseqüente declínio funcional resultando em mais medo.

Neste contexto, os indivíduos com autoconfiança são capazes de superar situações que propiciem desafios, pois focalizam mais nas tarefas em detrimento dos obstáculos, criando estratégias que minimizem as limitações. Já os indivíduos com baixa autoconfiança, focalizam mais nas limitações, enfatizando, assim, as deficiências (ANDRESEN et al., 2006; LOPES et al., 2009). E, através dos termos apresentados pelos idosos avaliados percebe-se que os mesmos estão com sua confiança comprometida o que pode resultar em declínio da capacidade física, imobilidade e quedas.

Portanto, após um episódio de queda, além do grau de incapacidade física, há quase sempre um certo grau de incapacidade psicológica, expressa por insegurança e retraimento (SOUSA; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Os idosos que originaram essa classe estão na faixa etária de 85 a 89 anos, tendo relação entre idade e as conseqüências psicossociais.

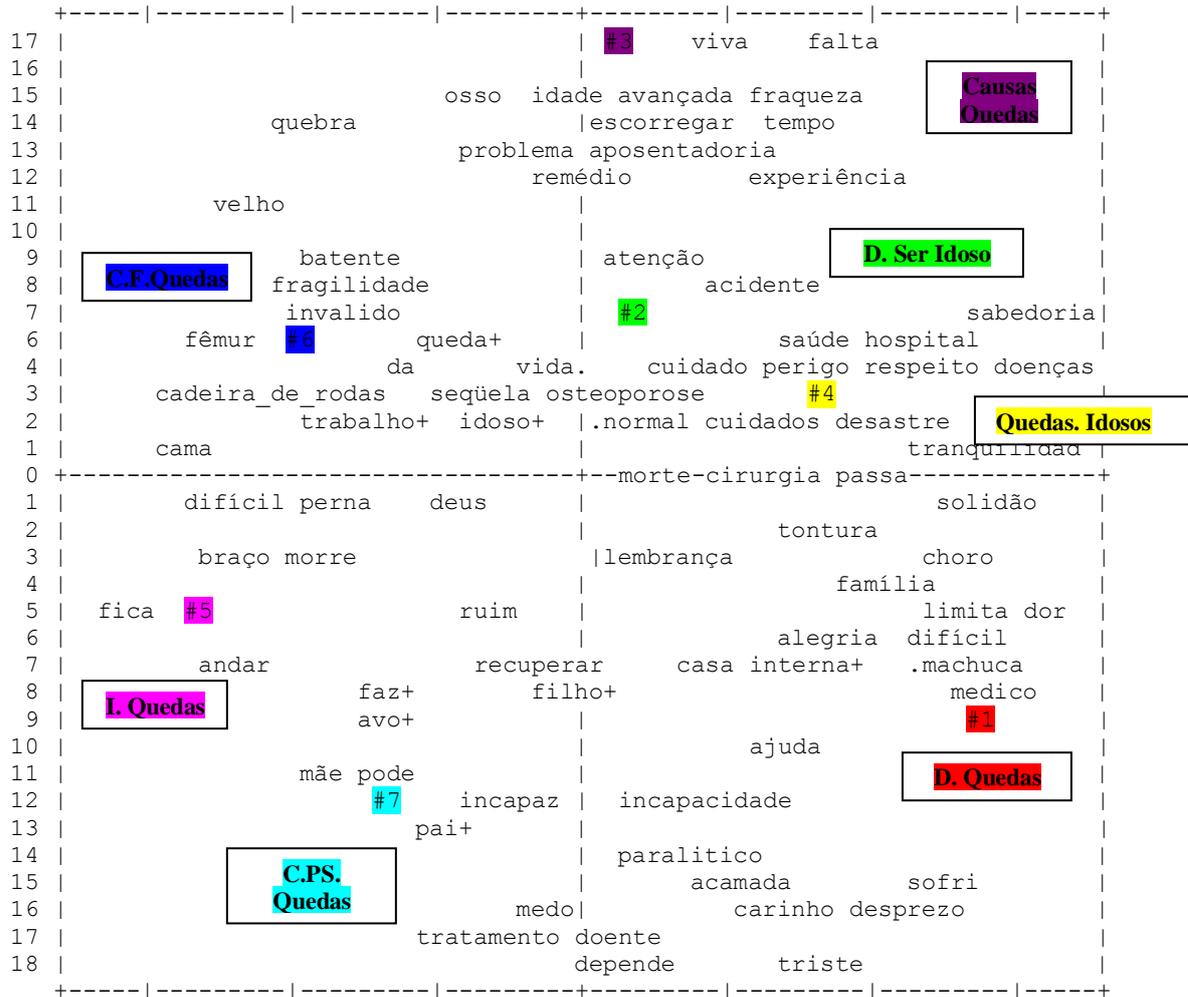


Gráfico 1. Objetivação de Idoso e Quedas.

Fonte: Alceste, 2011.

Conhecidos os principais contextos temáticos sobre o envelhecimento e as quedas para os idosos, a análise fatorial de correspondência permite avaliar como estas classes de significados e seus conteúdos mais característicos se relacionam. Através dela são revelados os elementos mais significativos que são projetados em planos fatoriais.

No gráfico 2, acima apresentado, observa-se a projeção das objetivações que se organizam em dimensões temáticas configuradas pelas classes de um à sete.

A análise das falas dos idosos e os achados fornecidos pela classificação hierárquica descendente, discutidos anteriormente, permitem condições de inferência sobre o que rege a constituição dos fatores nos eixos horizontal e vertical.

Analisando os indivíduos que mais contribuíram para a formação das sete classes acima relatadas, percebe-se que a classe um foi formada por analfabetos, que apresentaram alto risco de quedas e casados, com baixo risco desses eventos, ou seja, ambos tinham

descrições negativas sobre as quedas. Na segunda classe, formada principalmente por idosos com 5 a 8 anos de escolaridade, tiveram maior influência os idosos sem risco, estando relacionada ao processo de envelhecer. No referente à terceira classe, produzida por idosos com escolaridade alta (acima de 9 anos), tiveram baixo risco de quedas. A classe quatro, denominada descrições associadas às quedas e ser idoso, composta predominantemente pelos idosos na faixa etária de 70 a 74 anos, que tinham alto risco das quedas, com 25% do total dos idosos com alto risco. Quanto a classe cinco, pode-se afirmar que todos os indivíduos que formaram essa classe tinham alto risco de sofrer quedas: mulheres, com 80 a 84 anos e viúvas. Nas classes seis e sete, as conseqüências físicas e psicossociais das quedas, a primeira foi formada por indivíduos casados, que tiveram baixo risco de sofrer quedas, enquanto, a segunda, formou-se pelos idosos na faixa etária de 85 a 89 anos, que tinham alto risco para as quedas. Portanto, houve contribuição dos dois grupos para formar as classes, o grupo de alto e baixo risco.

Mas, mesmo tendo baixo risco de sofrer quedas, os idosos entrevistados, em sua maioria, tem representações negativas sobre esses eventos.

Conclusão

O presente estudo avaliou, em um primeiro momento, as características sócio-demográficas e o risco de quedas dos idosos que vivem no domicílio, verificando a associação do risco com a ocorrência de quedas, o sexo, a faixa etária, o desempenho cognitivo e as comorbidades mais prevalentes e/ou que tem relação com as quedas e em seguida, apreender as representações sociais sobre «ser idoso» e «quedas».

Os resultados encontrados demonstram que dos 240 idosos entrevistados, houve predomínio do sexo feminino e de indivíduos da faixa etária de 70 a 74 anos, sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 96 anos, com uma média de 71,6 anos, a mediana de 71,0 e o desvio padrão de $\pm 7,5$.

A cor branca foi predominante entre as mulheres idosas (44,3%) e a cor parda entre os homens (46,6%). No que concerne ao estado civil a maior parte das mulheres é viúva (41,9%) e dos homens, casados (80,8%).

As mulheres possuem escolaridade média, de 5 a 8 anos de estudo, seguido de analfabetas, contrariando vários estudos anteriores. Já os homens entrevistados possuem escolaridade baixa (1 a 4 anos) e escolaridade média (5 a 8 anos).

Os idosos entrevistados possuem renda equivalente a um salário mínimo, seguido de três a cinco salários mínimos. E, a maior parte vive acompanhado em seu domicílio, seja com filhos e netos, com cônjuge e filhos ou só com o cônjuge.

Dentre as variáveis sócio-demográficas as que apresentaram significância estatística foram estado civil e renda.

Dentre os idosos avaliados, 78,3% relatam não ter sofrido quedas nos últimos 6 meses. Os que sofreram queda teve uma média de 1,77, a mediana foi de 1,0 e o desvio padrão de 1,21 quedas.

Dos demais, a prevalência do número de repetição de quedas variou de um a dois, representados por 16,7% do total de 21,7%.

Do número absoluto de quedas (n=52), 17,3% (n=10) foram do sexo masculino, um menor número quando comparado ao sexo feminino, com 80,7% (n=42).

Quanto à altura da queda, 61,5% caiu da própria altura e em relação ao local, o próprio domicílio, foi o local mais freqüente da ocorrência de quedas, correspondendo a 55,8%.

No que tange aos fatores que ocasionaram as quedas, os extrínsecos foram mais freqüentes que os intrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar, tontura/vertigem e fraqueza muscular; entre os extrínsecos, degrau alto ou com desnível no piso, pisos irregulares ou com buracos, calçados inadequados e pisos

escorregadios ou molhados, foram as causas mais comuns de quedas. E 25% fizeram uso de medicamentos antes da queda, apesar de não haver associação entre as variáveis.

Apenas 11,5 dos idosos que sofreram quedas foram hospitalizados e somente 3,8% necessitaram de algum tipo de cirurgia. Entre os que caíram, 11,5% tiveram fratura como consequência, sendo, na maior parte, nos membros inferiores (44,4%).

As consequências físicas da queda foram alteração do andar e ajuda para a execução das atividades de vida diária; as psicológicas foram medo de cair novamente e ansiedade.

Na associação entre o risco de quedas, mensurado pelo *Fall Risk Score*, com o sexo, a faixa etária, o desempenho cognitivo e a presença de quedas todas as variáveis apresentaram significância estatística. Foi constatado, ainda, que ser do sexo feminino, mais velho (acima de 80 anos), com baixo desempenho cognitivo e apresentar quedas anteriores nos últimos 6 meses aumenta a prevalência de quedas.

As morbidades auto-referidas que se relacionaram de forma estatisticamente significativa com a ocorrência de quedas foram: hipertensão arterial, visão prejudicada, problemas de coluna, osteoporose e doenças reumatológicas.

Ao realizar a regressão logística, através do modelo de regressão saturada, as variáveis que apresentaram associação com o risco de quedas foram queda, com quem mora, HAS e déficit visual.

No que tange sobre os conteúdos apreendidos a partir dos estímulos «ser idoso» «quedas» e «quedas em idosos», foram definidos após a leitura do teor apresentado, em sete categorias semânticas, quais sejam: Descrições negativas sobre quedas; Descrições relacionadas a ser idoso; Descrições dos fatores causais das quedas; Descrições associadas às quedas e ser idoso; Imagens associadas às quedas e a ser idoso; Descrições das consequências físicas associadas às quedas e por fim, descrições das consequências psicossociais relacionadas às quedas.

Em suma, tanto os idosos com alto risco de sofrerem quedas quanto os idosos com baixo risco desses eventos, possuem representações negativas sobre as quedas e conhecimentos de seus fatores causais e suas consequências para a qualidade de vida. mesmo os idosos com baixo risco de sofrerem quedas.

A partir da análise dessas categorias pode-se afirmar categoricamente que a união entre os fatores de risco das quedas, quer sejam intrínsecos ou extrínsecos, com a visão dos que lidam com os efeitos do processo de envelhecimento e todos os riscos que o cercam é imprescindível para elaborações de estratégias a fim de minimizar o dano.

Neste contexto, ainda que as quedas sejam bastante estudadas em âmbito nacional e internacional, o ponto positivo do trabalho foi avaliar o que pensam os idosos sobre esses eventos e sobre o processo de envelhecimento propriamente dito, enriquecendo a análise dos dados.

As quedas são eventos multifatoriais e por isso mesmo, devem ser tratados por uma equipe multiprofissional composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicológicos, nutricionistas, dentistas, fonoaudiólogos, entre outros.

Desse modo, ao se estudar as quedas em idosos, deve-se levar em considerações os fatores potencializadores como também os fatores protetores desses eventos, pois os mesmos podem ser minimizados com adoção de algumas medidas, incluindo pequenos ajustes ambientais que podem evitar grandes conseqüências.

Sendo assim, espera-se que esse trabalho ajude a impulsionar as equipes de saúde, principalmente os que trabalham na comunidade, a buscar maior conhecimento sobre as causas e conseqüências das quedas, com a finalidade de identificar os idosos com alto risco e realizar prontas mudanças seja em nível individual, com identificação das co-morbidades, ajustes de medicamentos, fortalecimento da musculatura, redução da ansiedade e do medo de cair; seja em ajustes no ambiente que o idoso vive, com retiradas de tapetes e de objetos soltos pelo domicílio, colocação de corrimãos em escadas, e utilização de lâmpadas que permitam boa iluminação do ambiente, entre outras medidas. Portanto, o risco ambiental deve ser quantificado ao se avaliar o grau de perigo no ambiente e a freqüência com que ele é encontrado.

Por fim, espera-se abrir novas portas para outros estudos dessa natureza que busquem a visão que os idosos tem sobre esses eventos, pois deve-se sempre dá voz aos idosos quanto as conseqüências que as quedas podem ter em sua qualidade de vida.

Referências

ALVARES, L.M.; LIMA, R.C; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n.1, p. 31-40, 2010.

ANDRESEN, EM et al. Cross-sectional and longitudinal risk factors for falls, fear of falling, and falls efficacy in a cohort of middle-aged african americans. **Gerontologist.**, v. 46, n. 2, p. 249-57, 2006.

ARRUDA, A. Apresentação. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 2004.

BEKIBELE, C.O.; GUREJE, O. Fall Incidence in a Population of Elderly Persons in Nigeria. **Gerontology**. v. 56, p. 278-283, 2010.

BEMMEL, V.T. et al. In an observational study elderly patients had an increased risk of falling due to home hazards. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 58, p.63-67, 2005.

BERTOLUCCI, P.H.F., et al. Mini- Exame do Estado Mental em uma População Geral: Impacto da Escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 52, n.1 1, p.1-7, 1994.

BEAUVOIR, S. A velhice: realidade incômoda. São Paulo: Difel, 2a Ed., 1976, 339pp.

BLEIJLEVENS et al. Relationship between location and activity in injurious falls: an exploratory study. v.10, n.40, 2010.

BÓS, A. J. G., et al. Memória e Envelhecimento: mitos e fatos. In: Loiva Beatriz Dallepiane (Org.). **Envelhecimento humano: Campos de saberes e práticas em saúde coletiva**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009, 312 p.

BOYD, R.; STEVENS, J. A. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. **Age Ageing**, London, v. 38, n. 4, p. 423-428, 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. Resolução nº 196/96. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: CONEP, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

_____. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**, Ministério da Saúde, Brasília DF: 2007.

BRITO, F. C de; COSTA, S. M. N. Quedas. In: PAPALÉO NETTO, M. **Urgência em Geriatria**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001, p. 323 – 335.

BRUCKI, S.M et al. Sugestões para o Uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**. v.61, n. 3-B, p. 777-81, 2003.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. Av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, A. S. P. et al. **Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.p 511-540.

CAVANILLAS, B. et al. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, p. 849-859, 2000.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**. v. 19, p. 725-33. 2003.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: Questões sobre a avaliação e o tratamento In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 265-277.

COUTINHO, E.S.F; BLOCH, K.V.; RODRIGUES, L.C. Características e circunstâncias das quedas seguidas de fratura grave entre idosos no Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.455-459, Fev., 2009.

COSTA, W. A; ALMEIDA, A. M. O. Teoria das representações sociais : uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. *Revista de Educação Pública [Mt],Cuiabá*: v. 8, n. 13, P. 250-280, Jan./Jun., 1999.

CREPALDI, A. L. Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde. 2009. 169 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria, São Paulo, 2009.

CUNHA, U.G.V.; GUIMARÃES, R.M. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: GUIMARÃES, R.M; CUNHA, U.G.V. **Sinais e sintomas em geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54.

DAMY, A.J.C. **Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda**. 2010. 175 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 1999.

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

ENGELHARDT, E; LAKS, J.; ROZENTHAL, M. Idosos velhos (“oldest old”): rastreamento cognitivo com o MMSE. **Rev Bras Neurol**, v. 33, p. 201-206, 1997.

FABRÍCIO, S. C. C; RODRIGUES, R. A. P; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública** p. 93-99, 2004.

FHON, J. R.S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. (org.) **Método e metodologia na pesquisa científica**. Editora Difusão. p. 1-247, 2004.

FIRMO J. O. A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun. 2004.

FONSECA, A. A. et al. Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha. **Estudos de Psicologia**. v. 24, n. 4, p. 441-449. 2007.

FREITAS, E. V. **Demografia e epidemiologia do envelhecimento**. In: PY, L et al. Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 19-35.

GANANÇA, F.F. et al. Quedas em idosos com Vertigem Posicional Paroxística Benigna. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 76, n.1, p. 113-120, 2010.

GARBELLINI, D. Fisioterapia aplicada aos idosos portadores de disfunções neurológicas In: REBELATTO, J. R; MORELLI, J. G. **Fisioterapia Geriátrica: a prática de assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004, p.215-248.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Brás**, v. 56, n. 2, p.162-167, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S; JORGE, M.H.P. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc Med Brás**, n.50, v.1, p. 97-103, 2003.

GILLESPIE, S.M.; FRIEDMAN, S.M. Fear of falling in new long-term care enrollees. **J Am Med Dir Assoc**. v. 8, n.5, p. 307-313, 2007.

GLEASON, C.E. et al. Increased risk for falling associated with subtle cognitive impairment: secondary analysis of a randomized clinical trial. **Dement Geriatr Cogn Disord**. v. 27, n. 6, p. 557-63, 2009.

GUCCIONE, A. A. Implicações de uma população envelhecida para reabilitação: demografia, mortalidade e morbidade no idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a. p. 3 – 15.

HUGHES, K., et al. Older persons perception of risk of falling: implications for fall prevention campaigns. **Am J Public Health**. v. 98, n. 2, p. 351-7, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 06 Junho 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2009/default_tab.shtm>. Acesso em: 18 fev. 2011.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10 Jul. 2011.

ISHIZUKA, M. A. Tradução para o português e validação do teste POMA II “Performance-Oriented Mobility Assessment II”. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

JAMET, M. et al. Higher visual dependency increases balance control perturbation during cognitive task fulfilment in elderly people. *Neuroscience Letters*. v. 359, p.61-4, 2004.

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 13-22, 2006.

JODELET, D. The Representation of the body and its transformations. In: FARR, R.M; MOSCOVICI, S. (eds.) *Social Representations*. Cambridge University Press, 1984.

JODELET, D. “Les représentations sociales: phénomène, concept et théorie”. In: MOSCOVICI, S. **Psychologie Sociale**. 2 ed. Paris: PUF. 1988, 357-378.

_____. **Les représentations sociales**. Paris, PUF, 1989.

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

JODELET, D. Imbricações entre Representações Sociais e Intervenção. In: MOREIRA, A.S.P; CAMARGO, B.V. (orgs.). **Contribuição para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007.

KIRKWOOD, R.N.; ARAÚJO, P.A.; DIAS, C.S. Biomecânica da marcha em idosos caídores e não caídores: uma revisão da literatura. *R. bras. Ci e Mov*. 2006; 14(4): 103-110.

KUCZYNSKI, M; OSTROWSKA, B. Understanding falls in osteoporosis: The viscoelastic modeling perspective. **Gait Posture**. 2006, p.51-58.

LEGTTERS, K. Fear of falling. **Phys Ther**. v. 82, n.3, p.264-272, 2002.

LOJUDICE, D. C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores Associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 403-412, 2010.

LOPES, K.T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev Brás Fisioter.** v. 13, n.3, p. 223-229, 2009.

LOPES, J.B. **Prevalência e fatores de risco para fraturas vertebrais em idosos da comunidade.** 2009. 87 f. Tese (doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de clínica médica, São Paulo, 2009.

LUIZ, L. C. et al. A. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Rev. Brás. Fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 444-50, set./out. 2009.

LUSTRI, R. W.; MORELLI, J. G. Aspectos Biológicos do envelhecimento. In: REBELATTO, J. R; MORELLI, J. G. **Fisioterapia Geriátrica: a prática de assistência ao idoso.** São Paulo: Manole, 2004, p.37 – 82.

MAHONEY, J.E. Trends, risk factors, and prevention of falls in older adults in Wisconsin. **WMJ.**, v.104, p. 22-28, 2005.

MARTIN, D. C, BASILIADIS, M. Avaliação Geriátrica Interdisciplinar. In: KAUFFMAN, T. L. **Manual de Reabilitação Geriátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001 p. 355-359.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 8, n. 4, p 21-32, 2000.

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

MENDES, C.K.T. T. **O atendimento em Unidades de Saúde da Família no olhar de idosos: representações sociais.** 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

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

MEYER, G, et al. Predicting the risk of falling – efficacy of a risk assessment tool compared to nurses' judgement: a cluster-randomised controlled trial. **BMC Geriatrics.** v. 5, n. 14, p. 1-4, 2005.

MILISEN, K. et al. Falls among community-dwelling elderly: a pilot study of prevalence circumstances and consequences in Flanders. **Tijdschr Gerontol Geriatr.** v.35, n.1, p-15-20, 2004.

MINISTERIO DA SAUDE. Disponível em:
(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1). Acesso em: 05 de Dez de 2010.

_____. Quedas em idosos. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/184queda_idosos.html. Acesso em: 25 de Jan.2011.

MORELAND, J.D. et al. Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. **J Am Geriatr Soc.** v. 52, n.7, p.1121-1129, 2004.

MORENO, N.S.; ANDRE, A.P.R. Características audiológicas de idosos com Vertigem Posicional Paroxística Benigna. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 75, n. 2, Apr. 2009.

MORHY, L. **Humanidades**. Brasília: UNB, 1999.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. On social representations. In J. P. Forgas (Org.), **Social cognitions perspectives on everyday understanding** (pp. 181-209). New York: Academic Press, 1981.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, p. 7-109.

NEVITT, M. C, et a. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: A prospective study. **JAMA**, v. 261, n. 18, p. 2663-2668, 1989.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S.P; JESUÍNO, J.C. **Representações Sociais: teoria e prática** (org). 2 ed. João Pessoa: editora Universitária. UFPB, 2003.536p.

NUNES, M.C.R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev. Brás. Fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-82, set./out. 2009.

OJO, P. Patterns of injury in geriatric falls. **Conn Med**.v.73, n. 3, p.139-45, 2009.

ONU. Ageing – Society for all ages policy Framework. Madri, Espanha, 2002. Disponível em: <http://www.un.org/swaa2002>. Acessado em: 10 Março 2010.

OLIVEIRA, D.C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P; CAMARGO, B.V.C.; JESUÍNO, J.C.;

PAIXÃO JUNIOR, C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 950-961.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 2-12.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu, São Paulo, 2007.

PAPALÉO, N. M; CARVALHO, F. E. T. **Geriatria. Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2ª Edição. Editora Atheneu, São Paulo, 2006.

PASCHOAL, S.M.P; FRANCO, R.P; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Atheneu, São Paulo, 2007. p. 19-35.

PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, June 2007.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em um coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2002; p. 709-716.

POLARO, S. H. I. **A Qualidade do Cuidado à Saúde do Idoso**. 2001. 106 p. Dissertação (Mestrado interinstitucional em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. Cap. 7, p. 72-78.

REINERT, M. **Les ‘Mondes lexicaux’ des six numéros de la revue ‘Le Surréalisme au Service de la Révolution’**. Mélusine, XVI : 270-302. Editions L’Age d’Homme, Lausanne, 1997.

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

RICCI, N. A. et al. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec., p.898-909, 2010.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. ; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

ROSENDAHL, E., et al. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. **Aging Clin Exp Res**. v. 15, p. 142-147, 2003.

RUBENSTEIN, L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age Ageing**, v.35, p. 37-41, 2006.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2000.

SALMINEN, M; VAHLBERG, T.; KIVELÄ, S.L. The long-term effect of multifactorial fall prevention programme on the incidence of falls requiring medical treatment. **Public Health**, v. 123, n. 12, p. 809-813, 2009.

SANCHEZ, R.L.G. et al. Caídas en el anciano, consideraciones generales y prevención. **Rev Cubana Med Gen Integr**. La Habana, v.15, n.1, p.98-102, 1999.

SANDERS, K.M et al. Trials and tribulations of recruiting 2,000 older women onto a clinical trial investigating falls and fractures: Vital D study. **BMC Medical Research Methodology**, v. 78, n.9, 2009.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 117 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SCHWENDIMANN, R. et al. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. **BMC Health Serv Res**, v. 6, n. 69, 2006.

SHUMWAY-COOK, A; WOOLLACOTT, M. Attentional demands and postural control: the effect of sensory context. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Vol 55, Issue 1 M10-M16, 2000. USA.

SHUTO, H. et al. Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. **J Clin Pharmacol**, v. 69, n.5, p-535-542, 2010.

SILVA, A. O, et al. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde - UFPB- João Pessoa: tendências e perspectivas. In: COUTINHO, M. P. L. et al. **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 120-129.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005.

SILVA, E.L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e elaboração da dissertação**. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, T.L. **Alteração do equilíbrio e marcha em idosos e ocorrência de quedas**. 2008. 82 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SILVA, T.O. et al. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n.5, p. 392-398, set-out. 2010.

SIMPSON, J. M. Instabilidade postural e tendência às quedas. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na Terceira Idade**. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000, p. 197-212.

SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

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

SNOOKS et al. Support and Assessment for Fall Emergency Referrals (SAFER 1) trial protocol. Computerised on-scene decision support for emergency ambulance staff to assess and plan care for older people who have fallen: evaluation of costs and benefits using a pragmatic cluster randomized trial. **BMC Emergency Medicine** v. 10, n. 2., 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/10/2> Acesso em: 02 Fev. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos**. 2001. Disponível em: www.portalmédico.org.br/diretrizes/100_diretrizes/Quedas_Idosos.pdf Acesso em: 10 Out. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em Idosos: Prevenção**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008, p. 1-10. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf. Acesso em: 05 Ago. 2010.

SOUSA, R. L de; OLIVEIRA, S. D.; GONÇALVES, C. E. Investigação da História de Quedas na Clientela Idosa de um Hospital Terciário. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p.19-24, jul, 2004.

STEINMAN, B. A; PYNOOS, J.; NGUYEN, A. Q. D. Fall Risk in Older Adults. Roles of Self-Rated Vision, Home Modifications, and Limb Function. **Journal of Aging and Health** v.21, n. 5, p. 655-676, Ago. 2009.

SUELVES, J.M; MARTÍNEZ, V; MEDINA, A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 27, n.1, p. 37-42, 2010.

SULLIVAN, P. E; MARKOS, P. D. Deambulação: uma estrutura da prática aplicada a um resultado final. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 278-299.

TEIXEIRA, M.C, et al. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia**. v. 7, n.2, p. 351-359, 2002.

TELLES, A.C.M. **Prevalência, Incidência, Fatores preditivos e Impacto das quedas entre as pessoas idosas residentes no município de São Paulo: uma visão longitudinal**. 2008. 74 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TINETTI, M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 34, 119-126, 1986.

TINETTI, M.E; SPEECHLEY, M.; GINTER, S.F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. **Engl J Med**. v. 319, n. 26, p. 1701-1707, dez, 1988.

TRANAH, G. et al. Genetic variation in candidate osteoporosis genes, bone mineral density and fracture risk: the study of osteoporotic fractures. **Calcif Tissue Int.** v.83, p. 155-166, 2008.

TRENTINI, M. et al. . Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2005.

TURA, L.F.R.; MOREIRA, A.S.P. (Org.) Saúde e Representações Sociais. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB, v. 1, 2005.

UMPHRED, D; LEWIS, R.W. **O Envelhecimento e o Sistema Nervoso Central.** In: KAUFFMAN, T. L. **Manual de Reabilitação Geriátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001 p. 14-20.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: _____; MONTEIRO, Maria Benedicta (Coords.). **Psicologia Social.** 6.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. XIV, 457-502.

VALIM-ROGATTO et al. Nível de atividade física e quedas acidentais em idosos: uma revisão sistemática. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 11, n. 2, p. 235-242, 2009.

VANCE, D.E. Predictors of falling in older Maryland drivers: a structural- equation model. **J Aging Phys Act.** v.14, p. 254-269, 2006.

VANDERVOORT, A. A. Alterações Biológicas e fisiológicas In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na Terceira Idade.** 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000, p. 67-80.

VARAS-FABRA, F. et al. Falls in the elderly in the community: prevalence, consequences, and associated factors. **Aten Primaria.** v. 38, p. 450-455, 2006.

VASSALLO, M. A Comparative Study of the Use of Four Fall Risk Assessment Tools on Acute Medical Wards. **JAGS.** v. 53, p. 1034–1038, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios os contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out, 2007.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, June 2009.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour La définition do noyau central d'une représentation. **Bulletin de psychologie**, v. 45, n. 405, p. 203-239, 1992.

WHARTON, M.A. Planejamento ambiental: adaptando-se às alterações sensoriais do idoso. In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 3 – 15.

WHO. World Health Organization, 1984. Disponível em: <http://www.who.int/en>. Acesso em: 05 Julho 2010.

WHO. World Health Organization. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Genebra, 2002.

ZIJLSTRA, G.A, et al. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. **Age Ageing**; v. 36 n. 3, p. 304-309, 2007.

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “**SITUAÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**”, financiada pelo Ministério da Saúde e o Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/MS) em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

a) Objetivo e justificativa da pesquisa: O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

b) Procedimentos: Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguida de uma entrevista. Posteriormente, faremos uma coleta dos dados de identificação e aplicação de questionários.

c) Acesso às informações: As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

d) Termo de Consentimento: Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr^a Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao PROCAD/MS a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos.

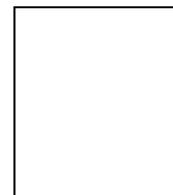
Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco através dos telefones: (83) 321607109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do pesquisador

CPF: _____

De acordo,



Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

APENDICE B

INSTRUMENTO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Estamos realizando uma investigação sobre: tecnologias assistivas, representações sociais e envelhecimento, e gostaríamos de contar com sua participação respondendo a este questionário. As respostas são anônimas e confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica. Não há respostas certas ou erradas. Interessa-nos a sua opinião e resposta espontânea e individual.

Muito Obrigada pela sua Colaboração.

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AS PRIMEIRAS QUESTÕES

Este questionário é constituído por uma questão em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Assim, para ele você deverá escrever até cinco respostas que siga o critério estabelecido, isto é, considere pela ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Como sabe, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda rapidamente a questão, a resposta solicitada e marque com um X a mais importante para si.

Tome como exemplo o seguinte estímulo: quando penso em «férias» lembro-me de:

Calor ()

Mar ()

Sol ()

Céu Limpo ()

Artesanato ()

1 – Quando penso em «**Idoso**», lembro-me de:

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

2 – Quando penso em «**queda**», lembro-me de:

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

3 – Quando penso em «**queda em idoso**», lembro-me de:

Assinale com um X a palavra que considera mais importante

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS *PROCAD/CAPES*

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário: _____ Setor _____

NQUEST _ _ _

Município João Pessoa, PB (), Ribeirão Preto, São Paulo ()

DATA _/ _/ _

Nome do(a) Entrevistador(a): _____

Data da Entrevista ____/____/____ Início da entrevista: ____ h ____ min

ENTREV ____

Nome do(a) idoso(a): _____

Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos

PESO _____

Endereço: _____ Tel _____

ALT _____

Peso: _____ kg Cintura _____ cm

Altura: _____ cm Quadril _____ cm

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento ____/____/____	AIDADE ____ __ ADATA ____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO ____
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR	ACOR ____
A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR	ALOCALN ____
A5) Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (99) NS/NR	AESTCIV ____
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) mesmo local (2) mais de um local (99) NS/NR	ALOCAL ____
A7) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o sr(a)?	ANCASA ____
A8) Com quem o sr(a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (7) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (10) Somente com os netos (sem filhos) (11) Não familiares (12) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	AMORA ____
A9) 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 com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR	AFORMA ____
A10) 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	ARAZAO ____

<p>(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</p>	
<p>A11) Quantos filhos estão vivos? _____ (99) NS/NR</p>	<p><i>AFILHOP</i> _____</p>
<p>A12) O Sr(r) tem cuidador? (1) Sim (2) Não</p> <p>A13) Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR</p>	<p><i>ACUID</i> _____</p> <p><i>AQCUID</i> _____</p>
<p>A14) Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (05) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR</p>	<p><i>ARELIG</i> _____</p>
<p>A15) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) 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</p>	<p><i>ASERATS</i> _____</p>

SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

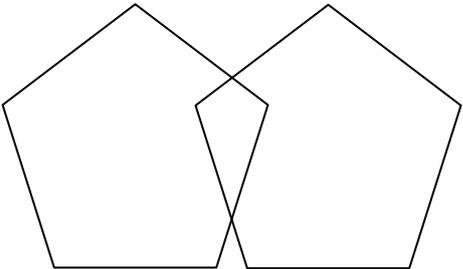
<p>B1a) O Sr(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR</p>	<p><i>BLERES</i> _____</p>
<p>B1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ ANOS (Se nenhum, colocar "0")</p>	<p><i>BESCOL</i> _____</p>
<p>B2) Qual é a renda mensal em reais (em salários mínimos - SM): Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR</p>	<p><i>BRENDI</i> _____ <i>BRENDF</i> _____</p>
<p>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 _____</p>	<p><i>BAPOS</i> _____ <i>BPENS</i> _____ <i>BALUGUEL</i> _____ <i>BTRAPRO</i> _____ <i>BDOA</i> _____ <i>BOUTR</i> _____</p>
<p>B4) 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) Muito boa (4) Ruim (2) Boa (5) Péssima (3) Regular (99) NS/NR</p>	<p><i>BNECBAS</i> _____</p>
<p>B5) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS/NR</p>	<p><i>BECONCOMP</i> _____</p>
<p>B6) Como o (a) Sr(a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR</p>	<p><i>BAVAMEM</i> _____</p>
<p>B7) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor. (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR</p>	<p><i>BMEMPOS</i> _____</p>
<p>B8) O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma ____ B8b) Atividades domésticas ____</p>	<p><i>BNENHU</i> _____ <i>BATVDOM</i> _____</p>

B8c) Esporte/ dança ____ B8d) Trabalho voluntário/ comunitário ____ B8e) Trabalho remunerado ____ B8f) Outros: Quais? _____	<i>BESPD</i> ____ <i>BTRABVOL</i> ____ <i>BTRABREM</i> ____ <i>BOUTR</i> ____
B9) Atualmente o sr (a) desenvolve alguma atividade? (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma ____ B9b) Atividades domésticas ____ B9c) Esporte/ dança ____ B9d) Trabalho voluntário/ comunitário ____ B9e) Trabalho remunerado ____ B9f) Outros: Quais? _____	<i>BNENHU</i> ____ <i>BATVDOME</i> ____ <i>BESPDAN</i> ____ <i>BTRABVOLU</i> ____ <i>BTRABREMU</i> ____ <i>BOUTRO</i> ____
B10) A casa onde mora é: (1) Própria - quitada (2) Paga aluguel (3) Própria - paga prestação (4) Cedida sem aluguel Outros (especifique) _____	<i>BCASA</i> _____

SEÇÃO C: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).	<i>CORITEM</i> _____ (5 ITENS)																				
<table border="1"> <tr> <td>Ano</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Semestre</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mês</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia da semana</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>	Ano	()acertou	()errou	()Não sabe	Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe	Mês	()acertou	()errou	()Não sabe	Dia	()acertou	()errou	()Não sabe	Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe	
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe																		
C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)	<i>CORIESP</i> _____ (5 ITENS)																				
<table border="1"> <tr> <td>Nome da rua</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Número da casa</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Bairro</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cidade</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Estado</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>	Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe	Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe	Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe	Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe	Estado	()acertou	()errou	()Não sabe	
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe																		
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe																		
C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome) Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram. Lembrou = 1 Não lembrou = 0 Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?	<i>CREGTOT</i> _____ (3 ITENS)																				

Árvore	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu	
Mesa	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu	
Cachorro	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu	
Número de repetições: _____			
C4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero). Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos			CATCATOT _____ (5 ITENS)
100-7=93	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
93-7=86	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
86-7=79	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
79-7=72	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
72-7=65	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Solete a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação)			
<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe	
C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.			CMEMEVO _____ (3 ITENS)
Árvore	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
Mesa	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
Cachorro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
C6) LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero). Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)			CLINGGEM _____ (2 ITENS)
Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe
C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto. NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ			CREPFRA ____
Conseguiu ()		Não conseguiu ()	
C8) Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe: Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).			CVISAO ____
Fechou os olhos () (1 ponto)		Não fechou os olhos () (zero)	
C9) Diga ao idoso(a): Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.			CATIVI ____ (3 ITENS)
Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> Não sabe

Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() Não sabe		
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() Não sabe		
<p>C10) Diga ao idoso(a): O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)? Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					<i>CFRASE</i> ____
<p>C11) Diga ao idoso(a): Por favor, copie este desenho:</p>  <p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível.</p> <p>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados</p>					<i>CDESEN</i> ____
Pontuação Final: _____					<i>CPONTOF</i> ____
<p>ESCORE: 13 PONTOS: ANALFABETO 18 PONTOS: ESCOLARIDADE BÁSICA (1 A 4 ANOS) 26 PONTOS: ESCOLARIDADE MÉDIA (5 A 8 ANOS) 30 PONTOS: ESCOLARIDADE ALTA (9 OU MAIS ANOS)</p>					

SEÇÃO D – PROBLEMAS DE SAÚDE					
O(a) Sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?					
	Sim (nome comercial)	Não	NS/NR	Toma medicação prescrita pelo médico? QUAL?	Codificação
D1) Anemia	1	2	99		<i>DANEM</i> ____
D2) Ansiedade / transtorno do pânico	1	2	99		<i>DANSI</i> ____
D3) Artrite (reumatóide/osteoartrite /artrose)	1	2	99		<i>DREUM</i> ____
D4) Asma ou bronquite	1	2	99		<i>DASMA</i> ____

D5) Audição prejudicada	1	2	99		<i>DAUDP</i> _____
D6) Câncer Qual ?	1	2	99		<i>DQCANC</i> _____
D7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	1	2	99		<i>DCANC</i> _____
D8) Diabetes Mellitus	1	2	99		<i>DDIAB</i> _____
D9) Depressão	1	2	99		<i>DDEPR</i> _____
D10) Derrame	1	2	99		<i>DDERRA</i> _____
D11) Doença cardíaca	1	2	99		<i>DCARDI</i> _____
D12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	1	2	99		<i>DGASTR</i> _____
D13) Doença vascular periférica (varizes)	1	2	99		<i>DCIRC</i> _____
D14) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	1	2	99		<i>DNEURO</i> _____
D15) Hipertensão arterial	1	2	99		<i>DPRESS</i> _____
D16) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99		<i>DINCUR</i> _____
D17) Obesidade	1	2	99		<i>DOBES</i> _____
D18) Osteoporose	1	2	99		<i>DOSTE</i> _____
D19) Prisão de ventre	1	2	99		<i>DPRISV</i> _____
D20) Problemas de coluna	1	2	99		<i>DCOLU</i> _____
D21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	1	2	99		<i>DCATAR</i> _____
D22) Outras – Qual?	1	2	99		<i>DOUTR</i> _____

SEÇÃO E: ESCALA DE RISCO DE QUEDAS		
Atribua um ponto para cada item marcado com asterisco		
	sim (1)	não (0)
E1) Quedas anteriores	Não Sim*	<i>EQANT</i> _____
E2) Medicacões (Não anotar os nomes das medicacões)	Nenhuma Tranqüilizantes/sedativos* Diuréticos* Anti-hipertensivos* (além dos diuréticos) Drogas aniparkinsonianas* Antidepressivos* Outras medicacões	<i>EMEDDNEN</i> _____ <i>EMEDTRA</i> _____ <i>EMEDIU</i> _____ <i>EMEDAHI</i> _____ <i>EMEDPAR</i> _____ <i>EMEDDEP</i> _____ <i>EMEDOUT</i> _____
E3) Déficit sensório	Nenhum Visão prejudicada* Audição prejudicada* Membros* (amputação, AVC, neuropatia e etc.)	<i>EDSNEN</i> _____ <i>EDSVPRE</i> _____ <i>EDSAPRE</i> _____ <i>EDSAMEM</i> _____
E4) Estado mental	Orientado Confuso (MEEM < 24/30)* (somar os pontos do MEEM)	<i>EEMORI</i> _____ <i>EEMCONF</i> _____
E5) Marcha (modo de andar)	Normal Seguro com equipamento de ajuda para caminhar (bengala, andador,...) Inseguro com/sem equipamentos* Incapaz	<i>EMNOR</i> _____ <i>EMSEG</i> _____ <i>EMINSEG</i> _____ <i>EMINC</i> _____
*Pontuação igual ou superior a 3 indica alto risco de quedas		

SEÇÃO F: QUEDAS	
F1) Quantas vezes caiu nos últimos 6 meses? (99) NS/NR	<i>FQVEZ</i> _____
Em relação a última queda, responder os itens abaixo	
O Sr(a). caiu da:	
(0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR	
F2) Cama	<i>FCAMA</i> _____
F3) Cadeira ou Poltrona	<i>FCAD</i> _____
F4) Cadeira de banho e/ou vaso sanitário	<i>FBANH</i> _____
F5) Própria altura	<i>FALT</i> _____
F6) Árvore	<i>FARV</i> _____
F7) Escada	<i>FIESC</i> _____

<p>F41) Banheiros F42) Calçada F43) Rua/avenida F44) Jardim F45) Ao subir ou descer de veículos F46) Outro, qual? _____</p>	<p><i>FBANHS</i> _____ <i>FCALÇ</i> _____ <i>FRUA</i> _____ <i>FJARD</i> _____ <i>FVEIC</i> _____</p>
<p>F47) Foi hospitalizado devido à queda? (0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR</p> <p>F48) Foi indicado fazer cirurgia? (0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR</p> <p>F49) Se sim, qual o tipo: _____</p> <p>CONSEQÜÊNCIAS:</p> <p>F50) Qual a conseqüência mais grave: (0) Não se aplica (1) Nenhuma (2) Escoriações (3) Ferimento com ponto (4) Fratura tipo fechada (5) Fratura tipo exposta (6) Entorse e luxação (7) Lesão neurológica (99) NS/NR</p>	<p><i>FHOSP</i> _____</p> <p><i>FCIR</i> _____</p> <p><i>FCONS</i> _____</p>
<p>Local da fratura: (0) Não se aplica (1) Local citado (2) Local não citado (99) NS/NR</p> <p>F51) MMSS F52) MMII F53) Cabeça F54) Face F55) Costela F56) Quadril F57) Coluna F58) Outro, qual? _____</p>	<p><i>FLOCAL</i> _____</p> <p><i>FMMSS</i> _____ <i>FMMII</i> _____ <i>FCABEÇ</i> _____ <i>FFACE</i> _____ <i>FCOSTEL</i> _____ <i>FQUADR</i> _____ <i>FCOL</i> _____</p>
<p>Qual foi o resultado da conseqüência citado no item G50? (0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR</p> <p>F59) Afetou o andar. F60) Ajuda para atividades de vida diária. F61) Mudança de domicílio. F62) Institucionalização em asilos e similares. F63) Rearranjo familiar (morar com outra pessoa). F64) Medo de cair novamente. F65) Depressão (isolamento). F66) Ansiedade. F67) Perda de decidir como organizar sua própria vida. F68) Outro, qual? _____</p>	<p><i>FLOCMÇ</i> _____ <i>FAJU</i> _____ <i>FMUDA</i> _____ <i>FINST</i> _____ <i>FREA</i> _____ <i>FMEDO</i> _____ <i>FDEPRE</i> _____ <i>FANS</i> _____ <i>FPERDA</i> _____</p>

M357r Marques, Adriana de Azevedo Smith.
Representações sociais e avaliação do risco de quedas em
idosos / Adriana de Azevedo Smith Marques.-- João Pessoa,
2011.
121f. : il.
Orientadora: Antonia Oliveira Silva
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Enfermagem – idosos - riscos. 3. Idosos –
quedas. 4. Comunidades – idosos. 5. Representações sociais.
6. Idosos – atenção à saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)