

LÍVIA PIMENTA RENÓ

**REPRESENTAÇÃO DA QUEDA EM AMBIENTE DOMÉSTICO: UM
ENFOQUE NA AUTONOMIA DO IDOSO.**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.

**São Paulo
2011**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA PIMENTA RENÓ

**Representação da queda em ambiente doméstico: um enfoque
na autonomia do idoso.**

Orientador: Prof. Dr. José Francisco
Fernandes Quirino dos Santos

Maio/2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA PIMENTA RENÓ

**Representação da queda em ambiente doméstico: um enfoque
na autonomia do idoso.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo perante a banca de examinadores abaixo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Titulares

Prof. Dr. Luiz R. Ramos – UNIFESP

Prof^a. Dr^a. Rosa M. G. Serpa Fonseca – USP

Prof^a. Dr.^a Denise M. Coviello – UNISANTOS

Suplente

Prof^a. Dr^a. Eunice Nakamura – UNIFESP/SANTOS

Maio/2011

Renó, Livia Pimenta

Representação da queda em ambiente doméstico: um enfoque na autonomia do idoso / Livia Pimenta Renó. – São Paulo: UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina, 2011.

xi, 91 f.; 31 cm.

Orientador: José Francisco Fernandes Quirino dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina / Departamento de Medicina Preventiva/ Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2011

Referências bibliográficas: f. 59-69

1. Envelhecimento 2. Quedas 3. Percepção 4. Autonomia Funcional 5. Estudo Qualitativo. Dissertação. Santos, José Francisco Fernandes Quirino. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, Pós Graduação em Saúde Coletiva. Representação da queda em ambiente doméstico: um enfoque na autonomia do idoso.

“Cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas.”

Claude Lévi`Strauss

DEDICATÓRIA



Da Felicidade
Quantas vezes a gente, em busca da ventura,
Procede tal e qual o avozinho infeliz:
Em vão, por toda parte, os óculos procura
Tendo-os na ponta do nariz!

Mario Quintana

Este trabalho é dedicado a todos os idosos, especialmente aos que colaboraram na pesquisa. Vocês, sim, mestres e doutores da vida.

AGRADECIMENTOS

A você, professor Quirino, meu eterno agradecimento pela dedicação e paciência. Você mostrou, com a sabedoria de pesquisador e simplicidade de um ser humano, que mestre não é aquele que ensina fórmulas ou regras, mas o que questiona e desperta o aluno para a realidade.

À minha família agradeço pelo apoio, incondicional. A distância que muitas vezes nos separa só me prova que certas verdades dessa vida não se encontram frente aos olhos, mas ao sentimento que é invisível a ele.

Ao Guilherme, antes um mero conhecido da faculdade; Hoje, marido, amigo, pessoa a quem admiro, confio, amo. Sua companhia será “sempre” essencial na minha vida.

Agradecimento especial à querida madrinha e primos de São Paulo. Semana a semana desta jornada, vocês sempre me acolheram com muito carinho.

Agradecimento especial também à minha amiga Camila que ofereceu à minha vontade de fazer mestrado, a oportunidade!

A todos os professores, funcionários e amigos do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP pelo companheirismo e ensinamentos!

Aos professores, participantes da banca de qualificação e defesa, pela contribuição no enriquecimento do trabalho.

À Capes, pelo incentivo financeiro.

Finalizo lembrando que agradecimento deve ser prática diária, não apenas de momentos vitoriosos. Portanto, assim como em mais um dia comum, em silêncio ou em voz alta,

Muito Obrigada!

Resumo

O aumento da população de idosos no mundo direciona pesquisas a buscar maneiras de controle das enfermidades crônicas decorrentes do envelhecimento. A queda é um dos agravos que fragiliza e impede a manutenção da capacidade funcional do idoso. **Objetivo:** Compreender a representatividade social da queda para o idoso que a sofreu e, através da análise do cotidiano das tarefas domésticas, definir quais foram as atitudes tomadas diante do evento. **Método:** Análise qualitativa, utilizando entrevista semi-estruturada, partindo do tema da influência da queda na vida diária. As falas são transcritas codificadas e posteriormente categorizadas expressando as idéias encontradas no pensamento do idoso. **Resultados:** Identificou-se que para o idoso que sofre queda, esta passa a ser fator de preocupação e cuidados quando interfere na autonomia para os afazeres do cotidiano. A queda trouxe ao indivíduo distintas percepções segundo o impacto físico provocado. Para aqueles que tiveram a rotina alterada pela incapacidade de realizar tarefas, a queda retomou a percepção do envelhecimento decadente. Aos que mantiveram as atividades rotineiras, a queda reafirmou a percepção de autonomia nesses indivíduos ao sentirem-se livres das decadências provenientes da idade. **Conclusão:** Para incentivar a conscientização dos riscos de queda em idosos, profissionais de saúde devem mostrar que a queda interfere nas atividades rotineiras destes indivíduos e, portanto, além de promover incapacidades físicas, o evento impede a continuidade de tarefas tão valorizadas no cotidiano de idosos. Estas tarefas não devem ser restringidas, mas readaptadas.

Palavras-chave: Envelhecimento, quedas, percepção.

Abstract

Background. Domestic accidents involving falls, as a common episode in the elderly households, can reach the point of physical incapacitation, with consequent loss of independence at old age. Research has pointed out schemes for accident avoidance, including rearranging home spaces and furniture in safer ways. Based on observation and generalization, treatment often deal with old people as if forming a homogeneous group, thus establishing a single pattern of intervention upon the elders' home wandering habits, and life style, with little or no regard, to individual differences. To effectively protect the aging person, such practical aid should adapt to each case, beginning by knowing what he/she thinks and says about his/her aging condition. **Object:** to establish which perceptions and behavioral categories were employed by elders when describing their own physical ability and intellectual condition as related to a past episode of fall. **Method:** a qualitative research was done, consisting of semi-structured interviews about motives given by aging individuals, their reasons, their spontaneous opinions about both their health condition, and causes of falls in the home. **Results:** 15 subjects (11 men, 4 women, mean age= 74.8) were interviewed at home, of a lower medium class neighborhood of Sao Paulo, all under medical attention of a geriatric program, (epidoso) by Unifesp's Department of Preventive Medicine. Data was transcribed and grouped into cultural concepts and categories, revealing modes of thinking, thus condensed: a) subjects blame falls at home to "distraction", "lack of attention" and "fail", that is, for them the fall is due to a momentary absence of awareness, but in-depth analysis reveals underlying lack of perception of obstacles' true place in the room, that end up in stumbling and fall. This is aggravated by the supposed familiarity with a notion of the labyrinth of home, its paths being no longer true, following itineraries no longer precise. In other words, judgment becomes definitely impaired, and yet continues to orient actions, which are now wrong; b) objectivity, in self-evaluation, can be disfigured by a warped interpretation of reality, due to magical or pseudo-scientific beliefs, that commonly carry a serious outcome, the non-compliance with existing medical programs. **Conclusion.** Programs vowed to raise the aging people's awareness of dangers of falling in the home should consider close inclusion of cultural traits of subjects as well as an appraisal of the state of self awareness. In addition, individual diversity, behavioral and social, should be taken into account when the issue is preventive counseling.

Keywords: Aging, Falls, Perception.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Definição do problema.....	12
1.2 Objetivo do estudo.....	14
1.3 Estrutura do trabalho.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Envelhecimento Humano como uma questão de saúde coletiva.....	16
2.1.1 Aspectos e perspectivas epidemiológicas.....	16
2.1.2 Considerações biológicas do envelhecimento: as doenças crônico-degenerativas.....	17
2.1.3 Ultrapassagem dos limites biológicos no envelhecimento humano.....	19
2.2 A dimensão das quedas na população idosa.....	20
2.2.1 Consequências da queda para o indivíduo idosos.....	23
2.2.2 A queda doméstica.....	25
2.3 Aspectos referentes à caracterização física e social distintas entre homens e mulheres no processo de envelhecimento. A necessidade da análise de gênero.....	27
2.4 Algumas contribuições qualitativas de cunho antropológico em estudos sobre envelhecimento humano.....	29
3 MÉTODOS	34
3.1 Definição dos participantes.....	34
3.2 Contato inicial.....	35
3.3 Análise qualitativa.....	35
3.5 Considerações éticas.....	36

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 O cenário do lar em meio ao risco de queda: um termômetro da independência funcional para o idoso.....	38
4.1.1 O idoso no contexto de seu ambiente doméstico.....	39
4.1.2 A capacidade funcional no lar e a influência desta no conceito de envelhecimento.....	42
4.2 A importância da queda para o idoso está ligada ao impacto desta na sua rotina de vida.....	46
4.2.1 As reações de cuidado e percepção do corpo são observadas quando a queda promove debilidade física de caráter crônico ou trauma psicológico, no idoso.....	46
4.2.2 O medo pelo não retorno às atividades do cotidiano faz da queda uma experiência inicialmente valorizada, mas que se pormenoriza à medida que o indivíduo readquire a rotina.....	49
4.3 O idoso e a influência dos gêneros na percepção e valorização da queda.....	51
4.3.1 Para as mulheres, executar tarefas rotineiras significa estar ativa. Assim, a queda oferece risco à medida que impede esta condição.....	52
4.3.2 Para os homens, queda doméstica representa um risco às possibilidades de se manter vinculado socialmente ao ambiente externo.....	54
4.3.3 Considerações finais sobre comportamento dos gêneros e idosos.....	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
Anexos	71
Anexo I.....	72
Anexo II.....	89
Anexo III.....	90

Lista de abreviaturas

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CID- 10	Código Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
AVD	Atividade de Vida Diária
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Intermediária de Vida Diária
ILPI	Instituição de Longa Permanência
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1- Introdução

1.1 Definição do problema

É notória a quantidade de pessoas idosas que residem em países desenvolvidos e o Brasil começa a configurar este perfil. Dados do último censo mostram taxas populacionais crescentes que apontam para um avanço na expectativa de vida de pessoas acima de 60 anos de idade. As estimativas revelam que, aproximadamente para o ano de 2050, o país estará entre os 10 primeiros colocados no ranking mundial das nações mais populosas nesta faixa etária. Assim, tal fato é positivo se pensarmos que boa parte dele deve-se à evolução da medicina e áreas afins. Estas, com o passar dos anos, aprimoraram métodos diagnósticos e de intervenção que hoje possibilita o estilo de vida dessas pessoas mais saudável, ativo e por tempo prolongado. Todavia, o alto número de idosos é encarado também com olhar de preocupação quando, em nosso país, se atenta para a problemática de como lidar com o aumento na demanda por serviços de saúde de que tal população necessita.^{1,2,3}

Em busca de alternativas para evitar altos gastos neste setor, políticas públicas direcionam pesquisas, campanhas e condutas de profissionais de saúde para aperfeiçoar cuidados contra as enfermidades que podem incapacitar a funcionalidade do indivíduo idoso, as chamadas doenças crônico-degenerativas. Para este fim, são indicados cuidados preventivos que ofereçam um estilo de vida ativo em meio a atividades físicas e alimentação saudável.^{4,5,6,7}

Ainda assim, sabe-se que o passar dos anos promove déficits funcionais ao corpo. A idade avançada está sujeita às anormalidades de fluxo sanguíneo, redução de massa e força muscular, densidade óssea, fatores estes que culminam em doenças como osteoporose, osteoartrose, diabetes, todas elas classificadas como crônico-degenerativas. Elas agravam a sobrecarga ergonômica, alteram a homeostase, sem falar nos impedimentos mentais de comando motor que costumam acompanhar tais processos, como o atraso no

tempo de reação que promove desequilíbrios, entre outros. Isso tudo compromete a funcionalidade do corpo, promove debilidade física e predis põem idosos a riscos permanentes. Um deles é a queda, evento considerado mediador de fragilidades, dependência funcional e que pode, inclusive, culminar em óbito.^{8,9,10}

Os riscos ambientais para quedas apresentam-se por toda parte. Em primeiro lugar, observa-os facilmente em centros urbanos que, ao menos no Brasil, não há estrutura adequada pra garantir ao cidadão idoso o direito de ir e vir com segurança pelas ruas e calçadas. Da mesma forma, os riscos se apresentam nos ambientes domésticos. No que diz respeito à segurança do lar, falhas no ambiente da casa de idosos são notadas em várias pesquisas. São móveis acumulados em cômodos pequenos, uso de tapetes escorregadios, má iluminação, banheiros sem suporte de apoio. Tais erros, somados aos desníveis entre a passagem de um ambiente ao outro, tornam-se mais graves por localizarem-se em espaço freqüentado diariamente pelos mesmos indivíduos, o que lhes dá chance maior de sofrer um acidente local.

A problemática da queda, entre outras, refere-se à interferência desta no estilo de vida, ativo, do idoso. Ainda que estudos sobre o tema apontem alternativas para se precaver deste risco como treino de equilíbrio, força muscular, controle de medicamentos, readequação do ambiente, tais medidas só ocorrerão conforme a decisão do indivíduo sobre como agir frente a tais acontecimentos. Nesse aspecto, o contexto sociocultural e a conduta de vida de cada um interferem nas escolhas e decisões. Assim, convém pensar que o benefício de uma vida menos incapacitante e livre de quedas está relacionado, antes de tudo, com a aderência e preocupação do idoso a esses cuidados.^{11,12,13}

A mudança do cotidiano também compõe outra transformação observada na vida de pessoas idosas. Em sua maioria, nesta fase, o término da atividade profissional permite que o tempo livre seja preenchido por novas definições de ocupação, definidas muitas vezes no espaço doméstico. Assim, o lar passa a ser mais que um local de repouso e torna-se um ambiente que reproduz a continuidade da vida ativa. Tarefas corriqueiras como higiene pessoal, leitura, assistir televisão, dormir, receber visitas, preparar uma refeição, ou mesmo a limpeza do espaço, são alguns dos exemplos que,

juntos, constroem o novo desenho da rotina e assumem-se como principais ocupações diárias.^{14,15}

O presente artigo opta por analisar a queda pela ótica de um ambiente tão comum à rotina do idoso, o lar. Neste espaço, parte-se do princípio de que as características idiossincráticas referentes aos costumes de vida dos habitantes e hábitos de rotina interferem, positiva ou negativamente, na detecção e reação do corpo diante da queda. Além disso, o espaço doméstico, assim como outros, é palco em que diariamente definem-se tarefas. Estas por sua vez, são distribuídas e assimiladas de diferentes formas, influenciadas pelos contextos socioculturais de cada grupo e, por isso, não são necessariamente condizentes com o comportamento seguro, esperado por profissionais de saúde.^{4,15,16,17}

Contudo, observa-se neste cenário a relação entre impacto da queda e comprometimento na vida ativa, em indivíduos idosos. Essa perspectiva, de risco, é claramente vista aos olhos de quem investiga, de profissionais da saúde que atuam nos cuidados com pessoas idosas. O que não se sabe é se, na perspectiva do protagonista do evento, o idoso, há a mesma compreensão sobre a periculosidade que o espaço doméstico apresenta para as quedas. Por isso a importância de analisar o cenário sob o olhar do idoso.

1.2 Objetivo do estudo

Este trabalho tem por objetivo verificar se, ao sofrer uma queda, o idoso reorganiza sua concepção de risco doméstico e a prática preventiva em sua casa. Sabe-se que para evitar quedas subseqüentes, é importante que se modifiquem hábitos de risco assim como móveis e vãos dispostos em locais perigosos e até mesmo a adoção de certas adaptações. Porém, a questão está no fato de que esses cuidados interferem nos costumes e no estilo de vida doméstico do idoso, afetam a percepção de si e nem sempre são compreendidos com tais.

1.3 Estrutura do trabalho

O presente trabalho está distribuído no formato que promove melhor entendimento sobre a problemática que envolve quedas. Inicialmente, os capítulos formulados expõem o cenário mundial sobre o crescimento da população idosa bem como seu impacto na saúde pública. Junto ao contexto inicial sobre envelhecimento há considerações sobre doenças crônico-degenerativas que, pela fragilidade que podem impor a este público, introduzem, em parte, alguns dos motivos pelos quais a queda é tão freqüente.

Os capítulos prosseguem apresentando a realidade das quedas nesta população de idosos, adicionando especialmente a complexidade desta no cenário do lar, em que grande parte das atividades diárias se manifesta.

Após as considerações referentes às quedas, o trabalho faz um breve discurso sobre a importância da análise de gênero, ao se pensar em análise de comportamento. Também é abordada a relevância da perspectiva metodológica qualitativa sobre a proposta do estudo, apontando que hoje as pesquisas em saúde têm buscado esta ferramenta para melhor compreender o universo da saúde e da doença inserido nos diferentes contextos culturais dos indivíduos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento Humano como uma questão de saúde coletiva.

Envelhecer tem sido atualmente encarado não mais como uma difícil passagem de um estágio ao outro da vida. Ficar velho, que antes era privilégio de poucos pela alta taxa de mortalidade de doenças e precário atendimento a estes males, hoje é benefício de muitos que adentram na chamada fase do envelhecimento permanecendo nela por longo tempo, gozando por muitos anos de boa saúde e condição física. ^{2,3,8}

No entanto, o aumento da perspectiva de vida, que deveria ser em princípio um ótimo indicativo para toda a população sofre, contudo, com a dificuldade em oferecer a este grande número de novos idosos os cuidados específicos para que a boa condição física, e por muitas vezes mental, seja válida por longos anos. Políticas públicas têm enfrentado um grande inpasso referente aos custos e à escassa oferta de serviços de saúde para a grande demanda populacional. Em vista disso, o trabalho discorre a seguir sobre este contexto em que idosos e serviços de saúde têm se deparado. ^{3,4,10}

2.1.1 Aspectos e perspectivas epidemiológicas

O tema do envelhecimento humano tem sido muito repercutido atualmente em função dos dados sobre sua perspectiva de crescimento. No Brasil, em 1998, havia aproximadamente 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2003, essa mesma população somava 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do País. Para o ano de 2020 estima-se um contingente populacional de aproximadamente 25 milhões de idosos. ^{1,2,4}

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o grupo etário de 60 anos ou mais se duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões. Esta estimativa

pode passar, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade) em cerca de 4 milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Até lá, estima-se que os idosos representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população. ⁴

A figura 1 mostra a projeção da população idosa, por sexo, apontando o rápido crescimento destes indivíduos no Brasil.

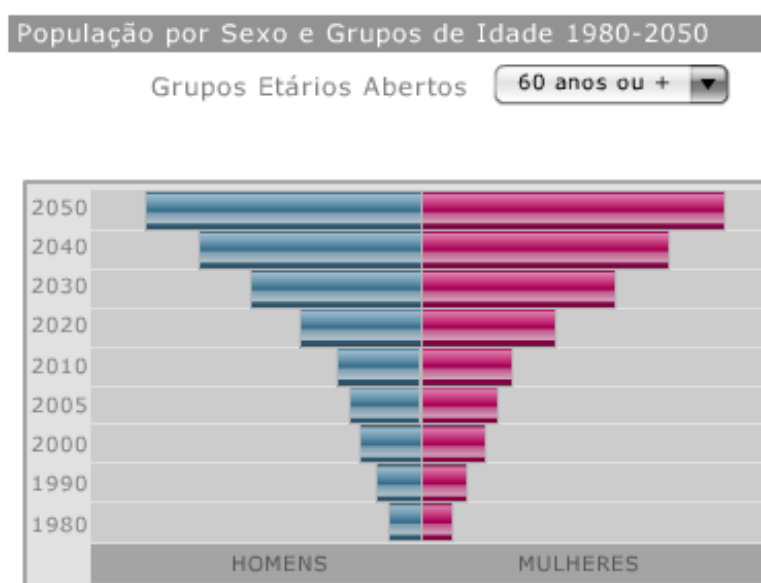


Figura 1: Projeção da população de idosos brasileiros por sexo (1980 a 2050). Fonte: IBGE (2008).

2.1.2 Considerações biológicas do envelhecimento: as doenças crônico-degenerativas

Analisado através da perspectiva biológica, o envelhecimento humano ocorre por alterações moleculares e celulares que resultam em perdas funcionais progressivas em órgãos e organismos do corpo como um todo. Neste sentido, cada órgão reduz aos poucos sua função e o corpo torna-se gradativamente senil. Portanto, envelhecer começa desde a fecundação. ⁸

No que se confere às transformações histológicas do corpo da pessoa idosa, observa-se perda gradativa e seletiva das fibras esqueléticas, sendo o

declínio maior em fibras do tipo II, direcionando a uma redução da força muscular.¹⁹

Hoje, o avanço da medicina conta com inovações que permitem controlar os grandes índices de doenças infecto-contagiosas, muito evidentes há alguns anos e que agora incidem cada vez menos na população da terceira idade contrapondo-se à realidade das doenças crônico-degenerativas. Algumas desordens crônicas típicas desta fase são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, osteoporose. São enfermidades que instalam no corpo déficits de vários graus, que exigem cuidados prolongados para prevenir o indivíduo de maior dependência e fragilidade físicas.²⁰

Por isso observa-se que, apesar da maior expectativa de vida, o aumento da longevidade está cada vez mais associado a uma alta prevalência de incapacidade funcional decorrentes da cronicidade dessas doenças.²¹

O termo incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou impossibilidade do corpo em realizar atividades que antes eram facilmente executadas. Devido a isso, a incapacidade funcional é vista como um fator de risco para quedas, pelo fato de estar presente nas dificuldades diárias que idoso enfrenta em suas tarefas cotidianas.^{20,21}

Ao saber que o impacto desta condição promove efeitos deletérios ao corpo e à mente, profissionais de saúde buscam por soluções que auxiliem nestas dificuldades como, por exemplo, a inabilidade de locomoção ou a restrição de certas amplitudes de movimento. Para o idoso, tais impedimentos aumentam o tempo ocioso que contribui para a indefinição de objetivos.²²

Não se pode esquecer que, com o envelhecimento, observa-se uma dificuldade maior na possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio, bem como a redução da resiliência, definido como capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes, como por exemplo, as doenças ou traumas físicos.^{23,24}

Ainda assim, a presença de uma ou mais enfermidades crônicas nem sempre significa que o idoso não possa conservar sua autonomia funcional e realizar suas atividades de maneira independente. A característica pró-ativa de organizar-se, sem pedir ajuda, é vista no perfil de idosos brasileiros mesmo que estes sejam portadores dessas doenças.^{25,26}

Com isso, não é difícil concordar com o fato de que a necessidade de um controle emocional e uma forma positiva de encarar as dificuldades, bem como o apoio de pessoas próximas, são fatores determinantes na tomada de atitudes frente aos problemas adquiridos. Por este aspecto, é importante analisar o idoso com um olhar amplo que contemple aspectos referentes ao relógio biológico e vida social destes indivíduos.

2.1.3 A ultrapassagem dos limites biológicos no envelhecer humano.

A pesquisa de Lopes²² discorre que a velhice é um fenômeno biológico, mas entendê-la somente por este aspecto implica diminuir a questão e não analisá-la em sua complexidade, o que implica não levar em conta aspectos psicológicos, sociais e culturais. Erra-se ao priorizar a condição biológica como a formadora do comportamento e da saúde do indivíduo.

De forma geral, a presença de doenças crônicas no cotidiano dos idosos exige deles a definição de formas de lidar com as limitações que surgem. As decisões tomadas oscilam entre atitudes positivas, ligadas ao enfrentamento da doença, e a baixa iniciativa do cuidado, muitas vezes refletidas nos sintomas de depressão.²⁶

Entre os riscos referentes ao cotidiano destes indivíduos está a ocorrência das quedas. O idoso que cai pode sofrer debilidades físicas que, dependendo da gravidade, estendem-se à limitação total. No entanto, estudos mostram que as quedas se repetem entre os mesmos indivíduos. Isso indica que, se alguma atitude foi tomada por parte deles para precaver-se, esta não obteve resultado efetivo já que as quedas voltaram a ocorrer. As conseqüências retratam alteração de humor, medo de novos súbitos.^{27,28}

Além do contexto demográfico, o envelhecimento converge para mudanças significativas, de conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas.^{1,2,3} Para tanto, o entendimento sobre o que é o processo do envelhecer, exige uma caminhada que vá além da perspectiva biológica.

Uchôa considera que elementos intrínsecos ao envelhecimento biológico, junto àqueles relacionados às características do indivíduo e demanda social, contribuem para a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de estratégias para enfrentá-los. A documentação, sobre

processo de envelhecimento em diferentes sociedades, permitiu constatar a influência da cultura nas diferentes formas de viver o envelhecimento. Portanto, o estudo desta população não pode somente ser baseado em dados epidemiológicos quando se busca o entendimento do processo saúde/doença.

29

Um olhar ampliado sobre os costumes e formas de vida em diversas sociedades é também abordado por Geertz³⁰, que traz a discussão sobre a influência das culturas nas formas de agir do indivíduo. Neste sentido, o envelhecimento deve ser visto sob uma perspectiva êmica, onde o pesquisador deve penetrar na cultura específica para explorar as atitudes de idosos como um fenômeno biológico, influenciado pelas referências pessoais e culturais.

Abordaremos no próximo capítulo alguns dados e conceitos importantes sobre a influência da queda nesta fase, o envelhecimento.

2.2 A dimensão das quedas na população idosa.

A Classificação Internacional das doenças (CID-10) define a queda como um evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo. No entanto, não existe uma definição padronizada em função de alguns estudiosos ainda discutirem, por exemplo, se a queda abrange também alguns tipos de tropeços e escorregões.^{31,32}

Alguns autores referem-se à queda como uma síndrome geriátrica, por considerar um evento típico da idade propecta, de várias causas e heterogêneo nas conseqüências.^{33,34,35}

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁶, em torno de 28 a 35% de pessoas acima de 65 anos de idade caem pelo menos uma vez durante o ano, no mundo. A proporção aumenta para até 42% quando os idosos têm mais de 70 anos. Estudos epidemiológicos de Ramos e Perracini e demais pesquisadores, mostram que 30 a 40% da população de idosos brasileiros sofrem quedas. Além disso, Ramos e Perracini verificaram em sua amostra que 10,8% relataram duas ou mais quedas com prevalência de fratura óssea de 5,2%. Em outro estudo, 12,1% tiveram fratura como conseqüência.

Com isso, a frequência destas quedas somadas à progressão da idade e do nível de fragilidade fazem com que, a cada ano no Brasil, cerca de 10% da população com mais de 75 anos perca a independência em uma ou mais atividades da vida diária.^{8,37,38}

Ainda se tratando do número de idosos por idade que caem no Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) já apontava há uma década atrás que esta ocorrência girava em torno de 32% entre 65 a 74 anos, 35% entre 75 e 84 anos e 51% após essa idade. O dado reafirma a relação de fragilidade com aumento do risco de quedas.³³

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantém por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera mais gasto para a saúde pública. Entre alguns países do norte da América e Europa, verificou-se que o tempo de permanência no hospital costuma variar de 4 a 15 dias. Isso se prolonga ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos cujas políticas de saúde ainda sofrem com falta de suporte financeiro e estratégias eficazes para tornar disponível um tratamento adequado.³⁶

Outro dado é que se considera o evento de queda como o mecanismo de lesão mais freqüente entre idosos (cerca de 40%), seguido pelos acidentes automobilísticos (28% dos casos), além de atropelamentos (10%), e até mesmo ferimento com arma branca e de fogo (8%).³⁹

As causas que fazem o idoso cair são identificadas por fatores de ordem intrínseca ou extrínseca. No que se referem aos fatores extrínsecos, estes são ocasionados por riscos ambientais. Pensando no ambiente doméstico, que é foco deste trabalho, espaços que promovem periculosidade geralmente fazem parte da mobília da casa ou de suas repartições físicas. Estes fatores, porém, não são isoladamente arriscados. Detalhes do ambiente que sempre estiveram presentes no lar apresentam mais perigo quando as mesmas pessoas que usufruem do espaço tornam-se mais fragilizadas fisicamente. Portanto, a percepção do ambiente bem como dos limites que o corpo impõe são importantes na prevenção desses riscos.^{21,32}

Tomando como referência a ordem intrínseca, esta se deve às alterações fisiológicas e existência de patologias múltiplas associadas. Fatores neurológicos que geram demências como Alzheimer e Parkinson também

participam deste quadro uma vez que interferem na deambulação e equilíbrio^{40,41}. Para alguns autores, a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura³⁴. Alterações estruturais e funcionais, assim como a coexistência de doenças sistêmicas, influenciam também nos acidentes sofridos por idosos.⁴²

Para Stoddart *et al.*⁴³, é importante que idosos com diagnóstico de osteoporose redobrem os cuidados com quedas já que a perda de massa óssea contribui para maior fragilidade estrutural, o que aumenta as chances do idoso que cai, sofrer fraturas.

A osteoporose é determinada pelo grau avançado de perda de densidade óssea. A atividade física tem sido recomendada na prevenção das incapacidades que a desordem pode gerar, principalmente quando iniciada na fase de osteopenia, evitando o aumento da porosidade óssea. É importante lembrar que cada sexo tem sua peculiaridade quanto ao tempo e fatores de acometimento da osteoporose. A mulher, por exemplo, deve ficar mais atenta na menopausa, em que os níveis reduzidos de estrógeno contribuem para a aceleração do processo.^{44,45,46}

A prevalência de quedas tem se associado com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como sendo ruim e maior número de medicações apropriadas para uso contínuo. Entre as quedas recorrentes, verificou-se a predominância entre as mulheres, idosos viúvos, solteiros e desquitados, idosos com história prévia de fratura, com algum grau de comprometimento nas atividades de vida diária e entre os que não referem leitura como atividade de lazer.^{27,38,47,48}

É comum encontrar a proximidade com os fatores de riscos em meio ao cotidiano dos idosos. Pesquisas apontam o perfil deste público, notificado por quedas. Entre um ou mais quadros de saúde, parte deles possuem hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, insuficiência coronária, osteoporose e redução da acuidade visual gerada pela catarata. No que diz respeito à ingestão de medicações, muitos deles fazem uso de vários fármacos como benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos. Uma menor capacidade funcional para atividades básicas de vida diária (AVD's) e atividades intermediárias (AIVD's) também são característicos deste quadro.^{48,49}

A prevenção às quedas sempre será a opção mais eficaz e barata. Estudos mostram que as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos. A atividade física, como já dito, atua como grande método de prevenção e pode ser adaptada aos déficits que já estejam presentes no idoso como treino de marcha, de equilíbrio, cuidados com hipotensão postural e transferências.^{50,51}

O trabalho de Nitz e Choy⁵² permitiu concluir que qualquer tipo de prevenção deve englobar fatores multidimensionais para se atingir não somente um grau aceitável de adesão pelos pacientes, mas uma redução importante no número de quedas. Os autores propuseram aos participantes da pesquisa um livreto informativo sobre os fatores de risco e, em conjunto, realizaram um trabalho de força muscular, treino de equilíbrio e propriocepção. Verificou-se com isso a importância de se associar elementos diferenciados na abordagem preventiva.

Ainda que o trabalho preventivo seja enfatizado como proposta determinante na redução das quedas, verificam-se algumas barreiras na implantação efetiva deste tipo de programa. É visto que idosos ainda têm dificuldades no reconhecimento e conscientização sobre os fatores de risco para quedas e relatam muito pouco sobre essas questões aos médicos. Assim, muitas estratégias de prevenção acabam sendo negligenciadas até que uma desordem física relevante, ocasionada por uma queda, seja um fator que estimule o idoso a tratar-se.⁵³

2.2.1 Conseqüências da queda para o indivíduo idoso

A importância do impacto da queda para a saúde pública resume-se na sua relação com altos níveis de morbidade e mortalidade, deterioração de funções, hospitalização, institucionalização e alto custo em saúde e serviços sociais.³²

As quedas em indivíduos idosos possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los à incapacidade, injúria ou mesmo à morte. Além disso, o impacto social é imenso e torna-se maior quando ocorre diminuição da autonomia e da independência ou quando o idoso passa a necessitar de

institucionalização, hoje conhecidas como Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI's).

Além do impacto financeiro, Abreu¹⁰ aponta que o declínio funcional, provocado pelas fraturas decorrentes das quedas, mostra-se considerável à medida que compromete as atividades sociais e de vida diária.

A exemplo da afirmação acima, o estudo de Garcia *et al.*⁴⁹ verificou que após uma queda com fratura de fêmur, 30% deste público morre em até um ano. Sanglard *et al.*⁵⁴ mostram que nos idosos que já caíram, há uma redução no comprimento do passo. A queda recorrente pode dificultar mais ainda a atividade de caminhar. O estudo, além de identificar uma redução de velocidade e comprimento da marcha em idosos que sofreram quedas e, comparou-os com indivíduos de mesma faixa etária e sem histórico de queda. O resultado foi mostrou que, no primeiro grupo, houve uma dificuldade maior na tentativa de manter a marcha dentro dos parâmetros de normalidade.

No que diz respeito ao déficit de equilíbrio, indivíduos que sofreram a queda apresentaram maior oscilação antero-posterior em posição ereta em relação aos que não caíram. Isso significa que é mais difícil manter o controle estático do corpo quando para aqueles que sofreram quedas, o que pode contribuir, porém não isoladamente, para a recorrência destas. Este aparente desequilíbrio corporal apresentou-se maior em indivíduos acima dos 70 anos. Deve-se considerar também a tendência natural da perda do controle do corpo que é originada, entre outros, pela perda da força muscular ao longo dos anos.

55

Quando tal evento promove intensa dependência ao idoso a ponto de restringi-lo ao leito, outros quadros podem surgir. A perda funcional nas principais articulações do corpo (joelho, quadril, punhos), a diminuição da força muscular, a atrofia muscular por desuso, quadros de úlceras de decúbito na região sacral, trocantérica, calcânea e até mesmo occipital, deficiências respiratórias, problemas circulatórios, são exemplos de condições que, se não resolvidas, podem levar a óbito.⁵⁶

Ribeiro *et al.*⁵⁷ aponta para outra conseqüência comum. O medo de cair novamente atinge por volta de 88% dos indivíduos pesquisados e, em contrapartida, somente 23% destes indivíduos analisados adotaram alguma mudança de hábito.

O medo pode tornar-se um ciclo vicioso à medida que o indivíduo cai de novo, fica com medo, pára de movimentar-se com a desenvoltura anterior, reduz com isso o equilíbrio e a mobilidade. O medo de cair também está relacionado com pessoas que não sofreram nenhum episódio de queda.^{27,58}

Há que se considerar o fato de que a queda em indivíduos idosos provoca também uma reação por parte dos familiares ou agregados que dividem a mesma moradia. É sabido que após a queda, indivíduos que convivem com o idoso podem através de seus atos aparentemente precavidos, facilitar o processo de dependência e o inevitável aumento da fragilidade. Com medo de que o evento ocorrido tenha episódios consecutivos, procura-se restringir o idoso preventivamente a algumas atividades por ele anteriormente executada.⁵⁸

2.2.2 A queda doméstica

Estudos de quedas, tombos e demais acidentes que enfocam o ambiente doméstico têm observado grande relação deste ambiente como o alto número de casos. Estima-se que por volta de 60 a 70% das quedas nos idosos ocorrem dentro de seus lares. Esta proporção pode aumentar com o passar da idade o que aponta que para indivíduos acima de 75 anos, a fragilidade adquirida ao longo dos anos coincide com o maior tempo nos aposentos do lar.^{32,59}

O lar, considerado pela maioria da população um lugar seguro e de aconchego, tem sido alvo de grande risco para queda na população idosa. Isso não significa que existem diferenças entre lares de idosos e outros. É certo que detalhes oriundos à época em que viveram sempre estão presentes como porta retratos em preto e branco, móveis antigos, aquisições adquiridas há muitos anos. Porém, a idade destes indivíduos predispõe o corpo a maior fragilidade, menor reação de proteção, entre outros fatores que favorecem um perigo maior às atividades simples do dia a dia.

A OMS notificou que fatores como diferentes relevos de piso no mesmo ambiente e ao redor da casa, escadas com degraus mal projetados, o piso escorregadio, a baixa iluminação, são fatores contribuintes à ocorrência de quedas.³⁶

Os ambientes que têm sido listados como locais de maior perigo são, em primeiro lugar, o quarto, seguido pelas escadas e cozinha e, por último, sala de estar e banheiro. O quarto e sala de estar estão mais envolvidos com situações que inicialmente decorrem de tropeços sobre roupas no chão, sapatos, tapetes e demais objetos ou móveis. Os banheiros e cozinhas relacionam-se com pisos escorregadios, muitas vezes decorrente da tarefa do idoso em fazer a limpeza destes.⁴⁹

A escada, por exemplo, demonstra um alto risco quando se apresenta em design desfavorável, sem apoios, corrimãos ou placas antiderrapantes nos degraus. A este cenário, quando se adiciona a má iluminação local com o idoso em dificuldade para locomover-se ou mesmo apresentando dificuldade no controle do equilíbrio, faz com que este esteja mais vulnerável às quedas. No caso da escada, um estudo mostra que 75% das quedas nesse local ocorrem quando o idoso está descendo por ela, o que mostra a importância do autocontrole do corpo e da arquitetura favorável.³²

Com relação à probabilidade dos períodos em que ocorre o fato, estudos encontraram sua predominância pela manhã, em meio às atividades costumeiras do dia.^{49, 60}

Alguns dos motivos que facilitam a queda do idoso, seja ela em ambiente doméstico como em outro qualquer, estão relacionados a não percepção deste risco ou mesmo a não conscientização de suas limitações físicas, decorrentes do envelhecimento.⁶¹

Contudo, as habilidades e o andamento normal da rotina diária do idoso em casa podem ser prejudicadas após a queda. O aumento da fragilidade do idoso no ambiente doméstico principalmente para executar tarefas de deitar e levantar da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho e caminhar fora de casa é detectado como uma das maiores dificuldades. Essa condição tende a migrar do aspecto primeiramente físico para alterações de humor e na forma de pensar a vida, influenciando, portanto, os aspectos mentais.⁶²

Segundo a percepção dos idosos e familiares, a dificuldade ou dependência para sentar e levantar, caminhar na superfície plana, tomar banho e caminhar fora de casa são conseqüências mais impactantes da queda.⁶²

O medo e a preocupação com novos acidentes domésticos foram evidenciados em algumas pesquisas que apontaram como atividades relatadas

perigosas pelos participantes, a limpeza da casa e o movimento de sentar e levantar.^{19,27}

Outro fato, que contribuiu na delimitação do objetivo desta pesquisa, diz respeito ao sentimento de alerta desses idosos. Observa-se que, após a queda, esta reação parece transparecer pouco nas modificações de hábitos ou readaptações do ambiente. A pesquisa de Yeannes mostra que os fatores de risco para quedas são encontrados na mesma proporção em domicílios dos que sofreram quedas como também dos que não caíram, ainda que todos tenham demonstrado ciência da dimensão que o acidente pode causar.⁶³

Como se vê, a queda tem sido um fator de influência entre as causas que limitam ou dificultam a execução das funções diárias dos idosos. Esse fato torna-se mais ameaçador se considerarmos que os idosos permanecem grande parte do tempo dentro de casa, onde realizam a maior parte dessas atividades. É este o ponto central que se pretende discutir, como resultado da pesquisa realizada e aqui apresentada. Como se dá esta relação do idoso com limitações e os fatores de risco presentes neste ambiente e, a partir de qual ponto, nós, enquanto profissionais da área da saúde, podemos iniciar as medidas corretivas ao lidar com essa população?

2.3 Aspectos referentes à caracterização física e social distintas entre homens e mulheres no processo de envelhecimento. A necessidade da análise de gêneros.

Condições observadas dentro dos lares e que predispõem à queda são destacadas como grandes vilãs ao cotidiano desta população. Homens e mulheres estão sujeitos a este cenário.³⁹

Gênero é entendido como os papéis socialmente construídos por homens e mulheres independentes dos marcadores biológicos, ao contrário daquilo que ocorre com outros mamíferos superiores. As diferenças entre as funções dizem respeito aos desempenhos esperados e comportamentos que variam segundo a sociedade e a época histórica. Portanto, idade, raça e etnia, classe social e gênero são categorias relacionais que configuram diferenças,

oposições, conflitos, alianças e hierarquias, e que justificam as relações de dominação e poder existentes no seio da sociedade.²⁵

Para compreender melhor quais são as diferenças existentes entre os dois sexos que influenciam o cenário em discussão, é necessário analisar mais do que o apanhado biológico de transformações que configuram a fase de envelhecimento.

Com a perspectiva de vida sendo maior entre as mulheres, observa-se que elas estarão por mais tempo em contato com o ambiente. Estudos mostram que a mulher se preocupa mais com a saúde e também resiste menos às visitas médicas. Esta atitude contribui para que nelas, a precocidade dos tratamentos, dê melhores resultados em comparação com os homens, que se dispõem ao cuidado com a enfermidade somente quando esta já está sintomaticamente instalada. Neste momento, a análise de gêneros tem sua importância através da identificação das diferentes formas adotadas frente a esses fatores limitantes.^{64,65}

A necessidade de se aplicar atitude diferenciada em cuidados, considerando as peculiaridades pertinentes a cada grupo de idosos e idosas, abre espaço para a contribuição da análise de gênero. Isso é observado quando estudos utilizam um mesmo protocolo de atividade para ambos os sexos. Um deles mostra que, para mulheres idosas, exercícios propostos no ambiente doméstico que trabalhem força e equilíbrio musculares foram eficazes na redução do número de quedas e lesões. Porém, o mesmo não foi encontrado para o grupo de homens que participou do mesmo procedimento.⁵³

Notam-se diferenças de hábitos e maneiras de encarar o envelhecimento e quedas, entre idosos. Parece haver uma tendência maior de quedas entre mulheres, fato este que pode estar associado à maior perspectiva de vida na mulher idosa, a um maior número de déficits físicos e prevalência de doenças crônicas, assim como também um vínculo maior com serviços domésticos regulares.

No que se refere ao grau de satisfação com a vida, observa-se de que os homens apresentam maior nível de satisfação com a vida. Há evidência de que este sexo tende a possuir menor perda de força, capacidade funcional, ou estado cognitivo da vida, fatos estes que comprovam menores índices de

queda entre homens, talvez possam explicar uma menor preocupação destes com acidentes domésticos.

Já no grupo feminino, o índice de satisfação com a saúde é mais baixo coincidindo com menor eficácia física, menor capacidade funcional, menor força muscular e de preensão manual, menor estado cognitivo. Estes fatos relacionam-se com a maior preocupação com as quedas.⁶⁶

Com tudo isso, a mortalidade ainda é menor entre as mulheres em comparação com homens da mesma faixa etária. O fato deve-se possivelmente à característica da mulher idosa em geral em procurar mais pelos serviços de saúde e iniciar os tratamentos das disfunções mais cedo que os homens.

Alguns autores opinam ainda que as mulheres também parecem ter mais consciência de realizar atividade física. O homem que dedicou toda a vida fora de casa, no trabalho, quando este se encontra aposentado, passa a ficar mais tempo em casa, restringindo suas saídas na maioria das vezes para rever amigos ou se distrair.⁶⁷

Assim, como enfatiza Fonseca, a análise de gênero torna-se importante para a construção de perfis de saúde e doença em grupos populacionais. A identificação e entendimento destes indicadores contribuem, além de tudo, para o monitoramento das condições de saúde.⁶⁸

2.4 Algumas contribuições qualitativas de cunho antropológico em estudos sobre envelhecimento humano.

Ao traçar como objetivo deste trabalho a análise de como se processa a experiência da queda na vida do idoso, fez-se necessário que o estudo se atentasse às contribuições antropológicas, já que estas tomam por base todo o contexto sociocultural, hábito, ambiente, fatores que são essencialmente formadores de atitude e construção de pensamentos.

Para Gertz, com base na antropologia interpretativa, a cultura é definida como sendo o universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e quais suas ações. Para ele, é a cultura e o contexto que tornam inteligíveis os diversos acontecimentos e situações da vida, como, por exemplo, as limitações tão freqüentes na fase do

envelhecimento. Por isso a importância de se focalizar a articulação entre os parâmetros externos (ligado ao contexto sociocultural) e parâmetros internos (ligados à vivência pessoal).³⁰

A experiência da doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto individuais quanto coletivas de se pensar e agir. Isso significa que a doença como experiência pessoal é única, variando entre indivíduos de uma mesma sociedade e também entre sociedades diferentes. Mas entre todos os modos de adoecer, dentro de uma comunidade, há características comuns, presentes em todos os indivíduos, fato que torna a doença, pelo menos essas partes comuns, num objeto de intervenção, por exemplo, da medicina, ou da umbanda.⁶⁹

A necessidade de aliar a antropologia com a epidemiologia tem aparecido nos últimos tempos como uma resposta à intensa especialização metodológica das disciplinas em saúde que, se utilizadas de forma compartimentada, tendem a alienar um campo de conhecimento do outro. Por isso, a visão antropológica deve ser encarada como instrumento integrador de todo os contextos de vida em que o indivíduo humano está situado.⁷⁰

No que diz respeito ao estudo do envelhecimento humano, Coutinho e Acosta discutem o surgimento da gerontologia social. Esta perspectiva aborda os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticas de saúde, e com isso possibilita o uso da antropologia nos estudos sobre envelhecimento humano, contribuindo para facilitar a interpretação de situações da vida dos indivíduos e ajudando a entender o ser humano no interior do grupo social a que pertence. Indivíduos que são considerados velhos em uma determinada sociedade, em outras podem estar no ápice de sua valorização social. O envelhecimento deve, então, ser encarado como um fenômeno em que indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais.⁶⁷

O uso da análise qualitativa para pesquisas em saúde ainda passa por diversas discussões. A articulação epistemológica de que somente aquilo que é mensurável e generalizado pode ser entendido como científico, tem reforçado as indagações quanto à efetividade do método qualitativo de pesquisa. A medicina, enquanto prática social extrai sua legitimidade da cientificidade, embora não seja ela restrita, posto que esta dependa do conhecimento de

outras disciplinas. A prática biomédica determina ações unívocas dos médicos. E toda prática médica tem um componente alheio à ciência, dando-lhe o caráter de arte. Sem esta, não existe medicina nem cuidados médicos. Dito de outra forma, ao exercer sua profissão, cada médico emprega também conhecimentos alheios à ciência médica e o faz de modo sempre pessoal, buscando obter melhores resultados, permitindo que os pacientes façam distinção entre bons e maus médicos.⁷¹

Ainda hoje, a opção pela pesquisa qualitativa enfrenta antigas dificuldades como o poder do conhecimento médico tradicional, a estrutura e o foco do sistema de saúde e modas estudantis. As ciências sociais contribuem para o entendimento das razões profundas de mudanças nos padrões de mortalidade e sua relação com hábitos e comportamentos; compreende a dinâmica das doenças crônicas; contribui para um trabalho multidisciplinar e intersetorial; auxilia na construção de competências para o campo da comunicação, motivação, através da exposição multicultural e multiétnica das sociedades; identifica fatores estressores; desenvolve estratégias de ação e humanização aos cuidados de pacientes e também nas relações de trabalho.⁷²

Como resultado disto, é cada vez mais freqüente que os cursos de graduação da área de saúde introduzam disciplinas que ofereçam aos alunos a compreensão sobre a natureza dos processos sociais, a dimensão do processo saúde-doença, o desenvolvimento do pensamento holístico, respeito às diferenças e diversidades dos pacientes, a investigação social e pensamento crítico. Universidades renomadas de todo o mundo na área de saúde tem desenvolvido nos cursos de graduação temas como envelhecimento e saúde, experiência com doenças crônicas, pluralismo médico, entre outros.

No Brasil, a ênfase nesta temática foi apresentada aos cursos de saúde na década de 1970. Atualmente, tem-se observado uma necessidade cada vez menor de explicitar a validade destas temáticas para um enfoque amplamente crítico utilizando esses conhecimentos para discussão de questões pragmáticas de formação médica e do serviço de saúde pública. Outra conquista das sociais nos estudos em saúde foi a promover o reconhecimento da ação intersetorial, sendo a medicina, uma, das muitas contribuições profissionais.⁷²

A metodologia qualitativa permite adquirir informações relacionadas a um determinado foco de assunto e, a partir dos pontos evidenciados, o estudo antropológico direciona-se na significação, imbuído em penetrar no pensamento do indivíduo analisado, bem como todo o ambiente em que ele está inserido que constrói sua cadeia de idéias e valores, segundo Minayo.⁷³

A autora expõe que a antropologia toma como direção a intersubjetividade existente nas relações, a compreensão de como se apresenta a visão do mundo para determinado grupo, as diferentes perspectivas de cada cultura fundamentadas em propostos peculiares, cujas práticas são justificadas por finalidades e regras pré- definidas. Com isso, o método antropológico dessa autora busca a objetividade partindo da análise da subjetividade. Ela resgata os principais indícios da informação subjetiva e os trás para o compartilhamento de modo objetivo.

Outra pesquisa aponta que, em relação aos estudos sobre quedas em idosos, muito pouco têm se discutido sobre a questão comportamental que envolve o evento, o que pode dificultar a implantação efetiva de métodos preventivos nesta população.²⁸

Portanto, idosos, assim como qualquer grupo de indivíduos de características semelhantes, possuem significados que influenciam na forma como projetam seu futuro e se baseiam neles na condução da vida. Tudo tende a ordenar-se segundo o modo de vida que cada um apresenta.⁷³

Minayo aponta ainda para a detecção das diferentes formas de interpretação existente no discurso entre paciente e profissional de saúde. De forma geral, o que se observa é que de um lado, existe uma pessoa com um histórico de vida trazendo uma explicação sobre as desconfortáveis reações sentidas. Do outro lado, um profissional analisando imparcialmente e sobre pilares objetivos toda aquela complexidade de estímulos. A subjetividade é considerada pela autora como o modo de manifestação dos indivíduos em geral, imaginado como sendo o centro que norteia o olhar antropológico. É por meio de idéias não ditas, mas presentes na fala do doente, que se desvenda comunicação efetiva entre ambas as partes. Quando esta interatividade ocorre entre profissional e paciente, a resultante é identificável pelo sucesso de tratamentos e aplicabilidade de programas preventivos.

Portanto, definir velhice usando apenas a visão biológica é, para Jardim *et al.*⁶⁴, cair num erro de demarcação meramente cronológica, tratando-se a população idosa de forma homogênea, não levando em consideração aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos. Há uma necessidade por parte de pesquisadores sociais em desmistificar a noção popular de velhice e considerá-la uma categoria social e culturalmente construída.

Veras⁷⁴ defende que o conceito de saúde aplicado ao idoso, deve ser aquele que anseie por manter sua independência funcional, ainda que o mesmo apresente uma ou mais doenças crônicas. Portanto, as iniciativas de promoção de saúde para esta população devem ter como meta a manutenção ou recuperação da capacidade funcional pelo máximo período de tempo, a valorização da autonomia, a independência física e mental.

3. MÉTODOS

A pesquisa foi concebida e realizada de forma a obter informação de pessoas idosas sobre sua própria condição de saúde. Como a opinião dos pesquisados é crucial, envolvendo valores e avaliações de opiniões, decidiu-se por um trabalho qualitativo, envolvendo entrevistas semiabertas, feitas em profundidade, de forma a se conseguir configurar o imaginário dos entrevistados, distinguindo-se ali as idéias que fazem parte do acervo coletivo daquela sociedade daquelas que são simples manifestações individuais idiossincráticas de um indivíduo especial. Estas últimas não interessam ao trabalho.

3.1 Definição dos participantes

A pesquisa realizou-se com 15 idosos moradores da Vila Clementino, cidade de São Paulo. Os idosos são integrantes do projeto EPIDOSO, do centro de estudos do envelhecimento, situado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Este projeto consta de um estudo de coorte que vem acompanhando há mais uma década aspectos físicos e mentais da saúde destes indivíduos. Um dos itens de monitoramento é a queda. Nele estão inclusas informações sobre o número de quedas que cada participante sofreu no ano, a forma como o episódio ocorreu, onde foi e quais foram as conseqüências físicas. Estes dados fazem parte da ficha de avaliação gerontológica do projeto.

Para definir os idosos participantes desta pesquisa, analisaram-se os cadastros observando as características relatadas acima.

Como critérios de inclusão selecionaram-se indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos e histórico de um ou mais episódio de queda no último ano, ocorrido dentro das dependências domésticas. Excluiu-se da pesquisa idosos com demência, acamados, com déficits auditivos ou qualquer característica mental e física que designasse dependência para atividades diárias ou que

dificultasse a entrevista semi-estruturada, utilizada como ferramenta para a coleta das informações.

3.2 Contato inicial

Após a relação dos possíveis participantes, de posse dos números telefônicos de cada um, foi feito o primeiro contato. A partir de uma rápida apreciação do assunto da pesquisa, o idoso ficava à vontade para decidir sobre sua participação. Determinou-se que as entrevistas seriam na própria residência do indivíduo. Esta decisão tomou por base o fato de que, em meio ao ambiente que propiciou a queda, o idoso poderia oferecer e apontar detalhes importantes que, se falados longe desse espaço, talvez não fossem lembrados. Também o fato do local ser aquele em que o indivíduo sente-se a vontade, permite uma perspectiva mais participativa e riqueza de informações. Com a obtenção de quinze respostas afirmativas, iniciamos a pesquisa. Não houve desistências nem abandonos.

3.3. Análise Qualitativa

A escolha da metodologia qualitativa deve-se ao propósito da pesquisa de buscar o entendimento das idéias que representam uma linha de pensamento, nesse caso, do idoso. Para isso, é necessário que o método eleja ferramentas que contemplem a subjetividade proveniente das falas destes indivíduos. Portanto, a análise baseada no discurso corrido e espontâneo do indivíduo, que considera desde a forma como foi dito até o contexto em que está exposto, promove maior clareza e profundidade das idéias expostas.

O delineamento da análise seguiu a perspectiva do interacionismo simbólico. Trata-se do estudo dos significados subjetivos e da construção individual de significado. É colocado em primeiro lugar o ponto de vista do sujeito, relacionando sua postura com contexto no qual é estudado.⁷⁵

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada não diretiva, estimulando comentários espontâneos e tendo como assuntos

norteadores a queda e sua importância na rotina doméstica (anexo I). A média do tempo da cada entrevista foi de 50 minutos. As falas foram transcritas, codificadas pela técnica aberta que extraiu do texto os eventos e idéias semelhantes e, posteriormente, estes achados foram agrupados e classificados nas categorias dispostas na discussão do trabalho.

Como norma da metodologia qualitativa o pesquisador não influenciou as respostas do participante deixando-o a vontade para expor sua linha de pensamento e externar as categorias mentais que utiliza.⁷⁶

3.4 Considerações éticas

A pesquisa contou com a aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo, com o parecer número 0429/09 (anexo II). Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (anexo III) permitindo desta forma o uso das entrevistas para análises e apresentação dos resultados com fins acadêmicos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa obteve entrevistados com perfil de idades entre 64 a 84 anos, apresentando média de 74,8 anos. Entre os indivíduos participantes, 11 foram mulheres e 4 homens. Os idosos são moradores de um bairro de classe média, cidade de São Paulo. O encontro foi realizado entre os meses de outubro e novembro de 2009, com duração média de 50 minutos por entrevista. A maior parte, 11 dos entrevistados, mora com cônjuge. Outro dado observado é que deste total de avaliados, mais da metade compõe um estilo de família comum no Brasil, conhecida por família multigeracional, isto é, parentes e agregados de outras gerações convivem na mesma casa³. Todos os avaliados participam de uma rotina em que o lar é ambiente principal desta e foi cenário desencadeador da queda.

No caso da pesquisa, 11 deles moravam com netos, filhos ou cuidadores, e apenas 4 deles habitam com o esposo/esposa. Todos os homens entrevistados moravam com suas esposas. Por ser bairro residencial de maior número de casas do que prédios, apenas três entrevistados moravam em apartamentos.

Por tratar-se de um bairro de classe média baixa, observou-se no ambiente doméstico destes moradores muitos cômodos, porém grande parte deles com acúmulo de móveis antigos e novos, desníveis localizados na passagem de um cômodo ao outro ou mesmo no quintal. Outros achados de risco para quedas foram os tapetes nas salas e quartos, falta de adaptação ou suporte de segurança em banheiros, mobílias pontiagudas e de ergonomia desfavorável como camas muito baixas que exigem maior esforço para levantar, armários de cozinha em locais altos, onde é necessária a utilização de cadeira para acessar algum objeto. Estes achados são notadamente encontrados em pesquisas que analisam os aspectos risco ambiental para quedas domésticas.

As análises permitiram agrupar as falas das entrevistas em três categorias, as quais se completam e perfazem ao final uma exposição do cenário da queda e do pensamento do idoso daquela sociedade particular. Veremos que a maioria das informações, pessoalmente referidas, encontra-se também em outras sociedades e permitem um ótimo grau de generalização.

4.1 O cenário do lar em meio ao risco de queda: um termômetro da independência funcional para o idoso.

A primeira consideração a ser relatada após a realização da pesquisa diz respeito ao cotidiano dos idosos. A visita domiciliar permitiu ao avaliado apontar os trajetos diários de um cômodo ao outro e, em meio a estas atividades, foi possível identificar aspectos ligados tanto às dificuldades quanto aos prazeres desta rotina. De forma geral, independente das diferentes obrigações de trabalho exercidas enquanto adultos, a fase atual de suas vidas permite uma rotina de constantes tarefas executadas no ambiente doméstico. Assim, as observações iniciam-se pela descrição e análise pertinentes à relação do idoso com o lar.

O bairro da Vila Clementino, em São Paulo, é considerado um local de moradores de classe média. Em geral, o modelo das casas dos indivíduos entrevistados era sobrado de tamanho pequeno, de construção antiga e que nestes lares pouca adaptação ergonômica foi realizada. As escadas em geral eram estreitas, em espiral, algumas delas com degraus de altura maior do que a esperada em termos ergonômicos. Nestes locais, houve uma ou mais referências sobre acidentes leves ou mesmos de consequências físicas importantes que, no entanto, não foram readequadas para promover maior segurança. Àqueles que residiam em prédios, observou-se degraus nestes ambientes, dos quais já existiam antes de sua mudança e que não foram alterados.

Com relação ao perfil do estilo de vida desses indivíduos, em geral todos levam uma rotina simples, baseada em compromissos referentes à manutenção física e sustento do lar. Quando há um vínculo de socialização com outros ambientes, estes são na maioria, relativos à casa de outros membros da família. Outro fato observado a todos os avaliados foi o estilo da residência de cada um. Diferente da residência de famílias sem idosos, estas casas apresentavam características típicas de pessoas de idade avançada como cadeiras de balanço, fotografias coloridas e em preto e branco acumuladas em estantes da sala, móveis antigos muitas vezes misturados com novos o que deixavam o ambiente sem muitos espaços vazios.

Os idosos analisados mantinham uma rotina ativa, ainda que alguns apresentassem déficits físicos ou enfermidades levemente incapacitantes. Havia entre eles um cotidiano programado com atividades ligadas principalmente à rotina do lar.

4.1.1 O idoso no contexto de seu ambiente doméstico.

Diante do fato de que a queda nesta população de idosos ocorre principalmente no lar, mais do que analisar fisicamente a disposição de cômodos e mobiliários do ambiente é importante que se contemple também a maneira como se distribui a rotina.^{32,49,60}

Estudos mostram que a queda decorrida em ambiente doméstico está inserida em meio às atividades de prática comum do lar. São tarefas que já eram executadas em fases anteriores da aposentadoria, pois, na maioria, referem-se àquelas que são de necessidade básica. O que muda é que, agora, na chamada terceira idade, elas passam a ser feitas mais vezes ou com mais tempo e, por isso, tornam-se os principais compromissos diários.^{32,36,58}

Tecnicamente, estas atividades incluem-se no que chamamos (ABVD's) ou (AIVD's) já definidas anteriormente. A primeira nomenclatura refere-se às tarefas como deitar e levantar, realizar higiene pessoal, caminhar de um ambiente ao outro. A segunda designa as atividades que exigem maior habilidade como preparar refeições e limpar a casa, ou mesmo atividades de lazer como conversar ao telefone e ler.⁷⁷

A pesquisa mostra a intensa relação dos idosos com estas atividades.

“Eu acordo, arrumo a cama, dou uma chegada no banheiro, tomo café, faço o almoço, lavo a louça” M 9, 84 anos

“Gosto do computador, do rádio, de ouvir música. Também leio, falo no telefone com minhas amigas”

M 10, 70 anos

Notou-se também que o momento da queda foi o mesmo da prática dessas atividades, corroborando com diversas pesquisas na área. São atividades que por construírem uma repetitividade em longo prazo, aparentam serem visualizadas por eles como tarefas desprovidas de periculosidade. 2,11,17,18

“O meu marido sempre disse: “acende a luz!”. Mas eu tava acostumada a andar sem luz.” M 1, 81 anos

“Se o senhor vai fazer a barba, tem que sentar para cortar a barba. O senhor vai tomar banho? Senta!” “Quer dizer, se eu for vagabundo vou ficar vagabundo e meio! Eu quero corrigir uma coisa que tenho um hábito de cinqüenta, sessenta anos. É muito difícil. H 8, 77 anos

“Foi no banheiro, joguei cândida no chão encardido e caí um tombo, fui sentada!”
M 2, 80 anos

O ambiente doméstico pode ser considerado o espaço que Bourdieu definiu como campo. Para ele, campo é o espaço social cuja análise independe das características de seus ocupantes, mas desperta neles um interesse comum. Com isso, o que parece oferecer estímulo neste espaço é que a regularidade com que as tarefas de casa são feitas provoca no idoso a idéia de um corpo hábil e saudável. Portanto, uma vez que a queda é originada de atividades que os idosos já estão adaptados, um acidente em meio a esta rotina é inesperado. ⁷⁸

“Tava escuro, eu moro aqui há 25 anos, eu sempre fiz isso mas dessa vez eu saí direto na escada.” (a queda foi na escada, que ela confundiu o alto da escada com a porta do banheiro) M 1, 81 anos

“Eu tava na frente, descendo a escada. Eu não vi o ultimo degrau, e caí”

H 13, 73 anos

Em termos estatísticos e tomando por base a população brasileira, estudos apontam que homens e mulheres idosos agem em conformidade com a rotina diária do lar, em média 33% para tarefas de arrumação da casa, 16% com cuidados pessoais a alguns meios de lazer inseridos nas atividades como ler e cochilar, além de assistir televisão. A mulher é identificada como fiel executora destas tarefas, alternando o tempo entre atividades de necessidade pessoal, obrigações referentes à limpeza, manutenção da casa e atividades de lazer.^{2,11,79}

Assim, é claro notar a proximidade do idoso com o lar. Independente do sexo, cada um exerce em casa tarefas variadas que, unidas à matéria morta de cômodos e móveis, remontam presente e passado de suas vidas e dá ao local uma característica peculiar, própria da fase do envelhecimento.



“eu só acho ela pequena porque os móveis ficam muito amontoados, né! essa cadeira aqui deve ter uns 40 anos!” M 7, 72 anos



“Você esta vendo essa instalação aqui? É um pouco diferente se você perceber, e foi eu que fiz. Ali, aquele canto quebrado ali é uma taboa, e o fio corre daqui pra lá, sobe, dos dois lados, e corre. Foi eu que criei aquela coisa.” H 5, 80 anos

No próximo tópico, o trabalho aponta a importância desta funcionalidade no lar para uma percepção positiva sobre a saúde e o envelhecer nestes idosos.

4.1.2 A capacidade funcional no lar e a influência desta no conceito de envelhecimento.

A queda não se desenvolve apenas pelo ambiente inadequado. Do ponto de vista biológico do corpo de quem cai, nota-se características de falta de equilíbrio, dificuldade motora em membros inferiores, déficit visual, altura do passo anormalmente diminuída, alterações posturais, sobrepeso, presença de demências. Em sua maioria, tais características decorrem pela instalação das doenças crônicas como diabetes, osteoporose, osteoartrose.^{1,44,46,80,81}

Além disto, é observado o uso de três ou mais medicamentos e um estilo de vida sedentário. Estes fatores interferem na queda por interagirem com características do ambiente como mobiliários mal dispostos, tapetes escorregadios e má iluminação.^{52,55,82,83,84,85,86}

Abaixo, seguem as fotos tiradas no lar dos idosos da pesquisa que confirmam os achados citados sobre o ambiente sobre colocação de tapetes e má disposição de mobiliários.



O desempenho funcional do ser humano tende a sofrer um declínio por volta dos trinta anos de idade, período este que se desenvolve o envelhecimento funcional. Portanto, ainda que se tenha a expectativa de aumento dos anos de vida na população mundial para os próximos 50 anos, espera-se que estes últimos sejam vividos com certo nível de dependência física apresentando em torno de 5 a 6 incapacidades para atividades de vida diária.^{21,23,87}

Ainda com toda a desvantagem física e cognitiva que o passar dos anos tende a promover ao corpo, parece existir entre idosos uma intenção de se ajustar às perdas biológicas. Estas atitudes visam adaptar de alguma forma a condição de menor força física, pouca resistência ao esforço e debilidades na saúde.^{22,25,28}

Isso reforça a idéia de que neste indivíduo ocorra uma organização diante das tarefas diárias de forma que, apesar de certa debilidade física, seja possível executá-las. Com isso, ao realizar uma atividade e, além disso, repeti-la diariamente, a lembrança de fraqueza e falta de funcionalidade do corpo parecem distanciar da concepção de um corpo que sofre debilidades.^{11,14,88}

Neste sentido, é consenso entre profissionais da saúde que a prioridade no cuidado dos idosos com limitações crônicas deve estar na habilidade destes em desempenharem com êxito suas atividades cotidianas com menor impacto destas debilidades e não a eliminação propriamente dita da doença.^{36,50,53,88}

Em nosso trabalho, algumas falas representam esta ideia:

“...eu creio muito naquele negócio de pensar e dizer assim: Foi eu que fiz!”

H 5, 80 anos

**“Eu não, eu não tenho medo de nada! Eu tenho medo de ficar parada.
Acho que eu morro!” M 2, 80 anos**

O conceito de incapacidade é construído pelo indivíduo com base em uma perspectiva de não normalidade. Esta se apresenta no plano biológico, nos costumes locais e na experiência subjetiva do bem estar. Quando detectam uma descontinuidade nestes planos, as pessoas formulam práticas terapêuticas não profissionais de promoção à saúde, representadas no eixo social pelas práticas do indivíduo no seu cotidiano e que repercutem no processo saúde/doença.⁸⁹

Outra observação da pesquisa é que o idoso ativo dentro do lar apresenta um sentimento de não fazer parte do grupo do envelhecimento quando este é considerado um termo indicativo de debilidades, fraquezas, todas as características que resumem impossibilidade de funções.

“A gente não tem essa consciência de envelhecimento. A gente começa a perceber quando não consegue fazer mais algo, começa a esquecer as pessoas.”

M 1, 81 anos

“Eu fico muito mal com isso. Eu quero fazer minhas coisas, e não me sinto assim tão idosa, tão debilitada pra fazer as coisas.”

M 7, 72 anos

Uma pesquisa demonstra que o sentimento de “perda” associado à palavra envelhecimento é evidenciado principalmente em indivíduos de outras faixas etárias. Há um predomínio de perspectivas negativas sobre a terceira idade entre a população jovem e adulta, representados pelas palavras medo e perda, consecutivamente. Já em grupos de idosos ativos, há o predomínio de perspectiva positiva sobre esta fase da vida.⁹⁰

Outra pesquisa mostra que este paradigma, de decadência física do envelhecimento do corpo imposto pela sociedade influencia o pensamento dos

idosos. Ao assumirem-se como velhos, alguns adotam um estigma da sociedade atual que os consideram como decadentes. É assim que os idosos se declaram quando se vêem em condições de dependência, enfatizando mais este aspecto do que a própria bagagem de experiência e sabedoria.⁶⁴

Portanto, a partir do momento que ele não se define como velho há uma discordância dos conceitos de debilidade associados a esta fase por outros indivíduos. O idoso coloca-se fora dela à medida que se vê apto para suas ações cotidianas.

“Depois que você se acomoda, parece que você não presta.” H 13, 73
anos

“No meu caso eu fico triste de ter limitações, porque eu sei que estou envelhecendo” M 12, 66 anos

Pesquisas apontam que, nesta população, o segredo da longevidade está na adoção de um estilo de vida saudável e sociável, salientando a relação com amigos e família. Há também outras colocações que vão ao mesmo sentido da nossa discussão que é a sensação de prazer nas ações realizadas. Há uma busca inconsciente do controle das doenças através da manutenção das suas atividades.^{14,65,91}

Com isso, é possível dizer que, no idoso, a queda nas dependências da casa promove mais que um risco físico. Se ela provocar nele a idéia de debilidade, de não participação nas atividades rotineiras, este evento torna-se um promotor de uma percepção negativa sobre envelhecimento.^{19,27}

A queda na vida destes indivíduos é, portanto, um evento que interfere em aspectos biopsicossociais do envelhecimento por ocorrer em um ambiente que constrói diariamente suas rotinas, desejos, afazeres. Ao fechar a primeira discussão sobre o cotidiano do idoso e sua independência para funções no lar, considera-se que este compromisso diário presente na vida destes indivíduos deve ser levantado através de anamnese entre os profissionais de saúde.^{36,53}

A importância de uma relação próxima com o paciente na qual o profissional demonstre interesse por detalhes da vida particular do indivíduo é,

em primeiro lugar, uma forma de desviar sua posição de superioridade e poder e que pode inibir o idoso a revelar detalhes importantes sobre ele, pelo medo ou expectativa daquele que o analisa julgar como informação desnecessária. 26,29,69

4.2 A importância da queda para o idoso está ligada ao impacto desta na sua rotina de vida.

Foi possível observar neste trabalho que opiniões sobre a experiência da queda divergiram seguindo algumas vezes para atitudes de enfrentamento à tarefa que provocou a queda, outras de restrição e abandono a estas atividades. Logo ficou claro que os dois direcionamentos dependiam de um aspecto ligado à queda. Diz respeito ao impacto que esta provocou ao idoso fisicamente e a forma com que ela se sucedeu, psicologicamente traumática ou não.

A queda é um evento muito complexo quando se pensa nas consequências que podem gerar. Diferente de uma doença, que diagnóstico e prognóstico são conhecidos, a queda é heterogênea em suas causas e consequências, secundária às outras debilidades e, por isso, pode ocorrer de forma leve sem causar danos, ou levar à morte quando há fraturas importantes ou acometimento de outros sistemas vitais do corpo. ^{36, 53}

O próprio termo queda ainda surte dúvidas em sua definição. Discute-se ainda se tropeços, escorregões fazem parte de seu contexto dada diferentes maneiras de ocorrência. De forma geral, tem prevalecido que queda é toda ação súbita que transfere o corpo de sua posição atual para o chão. ³²

4.2.1 As reações de cuidado e percepção do corpo são observadas quando a queda promove debilidade física de caráter crônico ou trauma psicológico, no idoso.

O trabalho mostrou que indivíduos idosos que sofreram queda importante, aquela em que alguma parte do corpo sofreu uma agressão

permanente, passaram a tomar mais cuidados como mudança de hábito frente à tarefa desencadeadora ou restrição à atividade. O mesmo foi encontrado quando o relato da queda referia-se a uma experiência traumatizante.

“Fiquei assustado. Você ta andando, dando um passeiozinho e de repente você cai! Bater a cabeça assusta, né! Por isso é que eu fico mais deitado.” H 4, 77 anos

“Foi o fato de ter caído que gerou uma preocupação maior porque eu senti que agora eu preciso tomar mais cuidado...”; “...Aquilo provocou uma infecção tão grande, que não sarou até hoje.” M 12, 66 anos

A pesquisa aponta que as conseqüências ao corpo geradas após a queda fazem com que o idoso repare mais em suas debilidades físicas bem como toda dificuldade gerada que, até então, passava despercebida pela adaptação destas condições ao dia a dia. Assim, este evento direciona-o a pensar sobre sua fragilidade.

O discurso mostra falas que idosos referem-se aos sintomas como perda do equilíbrio e falta de mobilidade:

“Eu estranhei o tombo porque eu nunca tive um tombo igual. Foi a tontura que me fez cair” M 11, 64 anos

“É por causa da artrose. Eu tenho artrose no joelho. A médica pediu pra usar bengala mas ainda não to usando. Eu não gosto mas tem que usar.”
M 3, 84 anos

Ao cair, o idoso sofre também uma modificação no modo de andar. Identificou-se uma redução de velocidade e comprimento da marcha em idosos que caíram, comparando-os com indivíduos de mesma faixa etária, sem histórico de queda.^{54,81}

Ao lidar com o aspecto físico do corpo, o idoso percebe que seus limites existem, e isso incita um sentimento de medo de cair novamente, fato este já observado por vários estudos. Em sua maioria, tais pesquisas mostram que

idosos que afirmam ter medo de quedas, entre os motivos principais que atuam como desencadeadores para eles estão mobilidade reduzida, o desequilíbrio e experiência de mais de uma queda.^{19,27,57}

O medo de cair tem sido alvo de muitas pesquisas visto que, entre idosos que sofreram quedas, este sentimento aparece em torno de 88% dos casos⁵⁷. Pode tornar um ciclo vicioso à medida que o indivíduo cai, fica assustado, para de se movimentar como antes, reduz com isso o equilíbrio e a mobilidade, o que resulta em mais medo frente aos fatores de risco e maior fragilidade para queda. O medo também tem sido observado entre pessoas que não sofreram nenhum episódio de queda sendo, portanto, uma sensação generalizada entre esta camada da população.^{27,58}

Ao abordar este assunto, pensamos que se o medo fosse decisivo para modificações de hábito ou restrição de atividades de risco, teríamos nesse sentido uma reação preventiva do idoso que evitaria novas quedas. Porém, estudos da área mostram que ainda não há uma conformidade sobre as atitudes do idoso que caiu e tem medo, ou mesmo daquele que não caiu e também tem medo. Enquanto algumas pesquisas divulgam uma estimativa de que o abandono destas tarefas ocorre em apenas 26,9%, a modificação de hábito em 23% e a mudança de domicílio em 10%, outros dados mostram que 40% dos que caíram reduziram suas tarefas depois do evento.^{42, 61}

Neri explica que, com o envelhecimento, há uma redução na plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio e diminuição da resiliência, definida como capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes. Tais afirmativas ocorrem no caso do idoso que não consegue reaver suas atividades, executadas com freqüência antes da queda.²⁵

Ainda que a readaptação ocorra, no que diz respeito à mudança do ambiente, VERAS *et al.* indica que as alterações feitas pelos idosos são muitas vezes inadequadas e continuam constituindo-se em fatores de risco.⁷⁴

4.2.2 O medo do não retorno às atividades do cotidiano faz da queda uma experiência inicialmente valorizada, mas que se pormenoriza à medida que o indivíduo readquire a rotina.

Para os idosos que não sofreram danos físicos permanentes, o impacto da queda não fez com que deixassem de exercer a mesma rotina. Nestes casos em que elas geraram pequenas contusões, hematomas ou sintomas dolorosos temporários, assim que as tarefas diárias foram readquiridas, as quedas parecem ter sido menosprezadas enquanto fator de risco ao ambiente.

“Eu continuo subindo e descendo a escada normal. Não foi um tombo que deu uma sensação ruim. Acho que um pouco é de eu ser desligada.”

M 1, 81 anos

“Eu faço e paro. Faço e ponho um gelinho no joelho. Eu faço almoço e fico com a bolsa de gelo, 20 min.” M 7, 72 anos

“Mas no dia seguinte eu já estava andando. Mancando, mas estava andando normal. E não tenho medo de cair” M 6, 80 anos

O sentimento de alerta despertado nos idosos que não sofreram consideráveis prejuízos físicos parece transparecer pouco nas modificações de hábitos ou readaptações do ambiente. Yeannes mostrou que fatores de risco para quedas são identificados tanto em domicílios de idosos que caíram como também dos que não caíram. Ainda assim, observou-se nos dois casos que havia a consciência sobre a gravidade que o evento pode causar.⁶³

Portanto, entende-se que há um estímulo pelo idoso à tentativa de readquirir as atividades que o conduziam normalmente a um modo de vida tranquilo, ativo. Seja qual for o ambiente da casa que produziu um evento de queda, este, inicialmente, não será fator limitante para o encorajamento de vencer o desafio da incapacidade através da tentativa de reproduzir as tarefas cotidianas.

“Agora a única coisa que ficou é que eu tinha mania de empurrar as gavetas da cozinha com o joelho. Agora com este eu não posso. Então ou eu empurro com a lateral, ou eu empurro com a mão.” M 6, 80 anos

Como visto, verifica-se que o retorno às tarefas promove confiança para a continuidade à vida de antes. A teoria de Canguilhem sobre o normal e o patológico traz a reflexão sobre a importância de encontrar dentro de si a vontade de reagir a uma dificuldade, de modificar-se e readaptar-se ao meio quando condições limitantes afetam o modo de vida. Para ele, a descontinuidade de uma rotina desejada é que designa doença, não a debilidade propriamente dita. Os desajustes que corpo e mente está sujeito ao longo da vida são próprios da existência humana, são reações normais que cabe ao indivíduo superar através da luta pela continuidade de seus objetivos, de seu modo de vida. É o que parece ocorrer quando o idoso enfrenta as debilidades advindas da queda em busca do retorno ao que lhe promove prazer, o cotidiano do lar.⁹²

Nesta fase da vida, é preciso aprender a conviver com limitações e agir de modo a torná-las mínimas ou reduzir-lhes o ritmo. Isso confirma a importância dada à capacidade funcional do idoso para atividades cotidianas. Vemos que, para eles, o retorno à normalidade da rotina é fator de estímulo após um evento de queda.^{74,88}

Por fim, ao se pensar em ferramentas que promovam uma conscientização preventiva pelos idosos contra as quedas, acredita-se que uma boa escolha está na informação adequada. Antes que ela ocorra, os idosos precisam estar cientes sobre a gravidade da queda na independência funcional e conscientizar-se que os fatores de riscos estão presentes diariamente na execução destas tarefas. Para isso, a melhor sugestão por parte de profissionais de saúde não deve ser a restrição desta rotina, mas um cuidado e atenção redobrados para com elas.

O objetivo de manter esta capacidade funcional dentro de casa deve funcionar como estímulo motivador para que idosos se preocupem efetivamente com prevenção de quedas. Neste sentido, é importante despender um tempo na anamnese para reconstruir com o idoso as atividades que ele realiza

diariamente, deixar que ele mencione a importância destas e, posteriormente, falar sobre importância do cuidado.

O estudo interpretativo das experiências de vida desses indivíduos contribui para tornar mais claro os aspectos subjetivos que envolvem e influenciam a tomada de decisão de cada um deles.³⁰ Na prática clínica, o entendimento desta valorização às tarefas cotidianas por idosos, deve servir como argumento para o profissional de saúde incentivar estas práticas a sugerir restrições.

É importante ressaltar aqui o trabalho dos cuidadores ou mesmo dos familiares presentes dia a dia com estes idosos, cuja convivência permite conhecer a vida diária desses indivíduos. Essas pessoas podem tanto contribuir para relatar ao profissional dados adicionais sobre os costumes do paciente quanto agir em prol do monitoramento e cuidado aos riscos domésticos.

4.3 Os idosos e a influência dos gêneros na percepção e valorização da queda.

Ao tratar de análise das significações produzidas a partir da experiência de vida de idosos, não se podem desconsiderar as diferenças de gênero que participam do direcionamento de suas atitudes.

Gênero é entendido como os papéis socialmente construídos por homens e mulheres independentes dos marcadores biológicos, ao contrário daquilo que ocorre com outros mamíferos superiores. As diferenças entre as funções dizem respeito aos desempenhos esperados e comportamentos que variam segundo a sociedade e a época histórica. Portanto, idade, raça e etnia, classe social e gênero são categorias relacionais que configuram diferenças, oposições, conflitos, alianças e hierarquias, e que justificam as relações de dominação e poder existentes no seio da sociedade.²⁵

Na rotina diária, executar tarefas do lar está entre os principais afazeres para indivíduos na fase do envelhecimento. São vários os fatores que os levam a estas atividades, começando pela permanência destes em casa por longos períodos do dia, quando não o dia inteiro. A importância destas tarefas remete

a diferentes representações de homens e mulheres idosos que a executam, na qual a análise antropológica e o estudo de gêneros são capazes de identificar.
67,79

4.3.1 Para as mulheres, executar tarefas rotineiras significa estar ativa. Assim, a queda oferece risco à medida que impede esta condição.

As mulheres estão em maior proporção quando se observam as estatísticas de ocorrência da queda, segundo Nascimento *et al.*⁶⁰, Jahana e Diogo⁶¹. Acredita-se que esta tendência relaciona-se primeiramente ao maior número de pessoas deste sexo na velhice, a uma maior fragilidade física, ocorrência de doenças crônicas e, por último, o maior vínculo com os serviços domésticos.⁸²

O processo de feminização do envelhecimento deve-se ao fato de que a mortalidade é menor nas mulheres em comparação com homens da mesma faixa etária. Observa-se como atitude característica da mulher a procura maior pelos serviços de saúde e a adesão aos tratamentos das disfunções mais cedo que os homens.^{5,45,79}

“Eu ainda fui ontem no ortopedista, e ele me falou que a coluna tá tortinha, tortinha. Por isso que eu tenho esses problemas, tenho que cuidar”. M 14, 70 anos

“O médico falou que tinha que fazer tratamento. Então eu tive que cuidar, eu tomava remédio.” M 9, 84 anos

Inicialmente, é importante que se observe o uso de tempo por estes indivíduos. O valor da informação sobre o uso do tempo reside no fato de que este é igualmente partilhado, pois, todos possuem as mesmas vinte e quatro horas no dia. A lógica de atividades e comportamentos quanto ao uso do tempo é identificada em três dimensões inseparáveis para a relação tempo-atividade. São elas a própria atividade ou ação, significando o comportamento observável; onde ela é realizada, significando o local ou contexto físico e, por

último, na presença de quem ela é realizada, significando a interação ou contexto social.⁷⁹

Observa-se que, para a mulher, a independência para as funções diárias tem forte relação com as tarefas ligadas à manutenção do lar. São atividades de limpeza, preparação de alimentos, arrumação dos cômodos que, mesmo aquelas que dispõem de condições financeiras suficientes para pagar uma ajudante, ou mesmo quem pode contar com a colaboração de pessoas da família nesta tarefa, todas fazem questão de apontar alguma responsabilidade nestas atividades.^{17,46,66}

“Minha prioridade sempre foi alimentação e roupa em dia. Então eu gosto de, pela manhã, fazer tranquilo as minhas coisinhas, nem que seja meia hora”

M 11, 64 anos

“Quem me vê sair de casa, vê outra pessoa! Aqui eu sou a Neusa, dona de casa.

Aqui fico mais a vontade com a roupa, com o sapato. Ponho o lencinho na cabeça e essa sou eu!”

M 12, 66 anos

Ao verificar como são distribuídas as atividades do dia, observa-se que a mulher idosa elege o espaço doméstico como o principal ambiente construtor de sua rotina. Em cada tarefa, é possível perceber uma significação de utilidade, de servir a quem reside junto e de mostrar aí sua importância para com eles. Assim, a tarefa doméstica está para as idosas como um instrumento viável para atingir respeito e admiração por parte de quem a cerca.^{16,79}

“Depois que ele toma banho, meu marido, eu tomo meu banho ou então eu deixo caso ele queira que eu o ajude em alguma coisa, porque ele me chama o dia inteirinho!” M 6, 80 anos

“Então tudo me dói. Se eu fico nervosa então, eu tenho dores horríveis. Daí não dá pra fazer nada. Eu só não deixo faltar alimentação pra meu marido e meu neto.” M 7, 72 anos

A condição da mulher em estar ali para servir já é comentada por estudiosos há muito tempo. Levi-Strauss, ao discorrer sobre as estruturas do parentesco, aponta as relações de poder entre homem e mulher. Seu estudo sobre a proibição do incesto constatou que, na verdade, este fato representa uma intenção do homem em assumir a mulher como produto de troca. A decisão em proibir sua relação com outro homem promove a comunicação e a interatividade em sociedade. Para o antropólogo, atos de reciprocidade surgem a partir da existência das mulheres entre os homens, não da relação das mulheres com os homens.⁹³

Contudo, na perspectiva da mulher idosa que cai, a queda parece influenciar negativamente nas atividades relativas ao lar. Como dito antes, as tarefas domésticas são prioridade entre as atividades do dia e, portanto, confere às mulheres o nível de sua capacidade física. Uma vez com dificuldade para executá-las, a queda passa a ser um evento de preocupação com as debilidades do corpo e a capacidade de ser ativa e independente.

“Quando eu tava boa eu fazia porque eu sou enjoada. Agora a casa ta deixada, coitada. Eu gosto de tudo bem limpinho, tiro o pó todo o dia, a gente lava uma coisa e lava outra” M 9, 84 anos

“O mais é a dor nas pernas. Já não dá pra andar muito como antes, varrer a casa.” M 15, 70 anos

4.3.2 Para os homens, a queda doméstica representa um risco às possibilidades de se manter vinculado socialmente ao ambiente externo.

Uma vez que na fase do envelhecimento homens e mulheres encontram-se em sua maioria aposentados, a imagem do homem como provedor da casa poderia ser ausente pela sua não participação na vida ativa de antes. Isso não

parece ocorrer. Não tendo mais um cotidiano do trabalho diário que se transformava ao final do mês em dinheiro para suprir as necessidades da família, o idoso que é ativo mantém o papel de gestor financeiro da casa assumido pelo ato de pagar contas, ir ao banco, decidir quanto pode ou não ser gasto. Essa atitude parece sobrepor a falta do trabalho diário que, antes, de forma concreta, o dava importância e poder de decisão sobre a família.

“...se ele quer ir lá tomar cerveja toda tarde ele vai. Agora ele senta aqui ele quer o café na mão, ele quer o cinzeiro na mão, ele quer o remédio na mão, ele quer tudo na mão. Ele sabe selecionar o que ele quer.” (Esposa)

H 4, 77 anos

“Eu acordo, dou uma lida rápida no jornal, depois eu vejo no escritório essas coisas de pagar, se tem que pagar alguma coisa de banco, essas coisas, se tem alguma intervenção em banco a fazer”. H 5, 80 anos

As relações de poder dos homens sobre as mulheres parecem ter reduzido nas últimas décadas pela inserção de muitas mulheres no mercado de trabalho. Porém, tais fenômenos ainda apresentam-se desiguais, já que maioria recebe menos e continua assumindo papel da servidora do lar. Fonseca comenta que tais diferenças não são naturais, mas determinadas pelo processo histórico, político e ideológico. Essa afirmativa fica mais forte quando se foca a relação entre homens e mulheres idosos. Esses indivíduos trazem na memória toda a vivência histórica que, antigamente, fortalecia mais o poder do homem sobre a mulher, facilmente observável no relato da esposa, sobre as imposições do marido.⁷⁸

Com relação à representação de quedas para o indivíduo idoso, este parece mostrar preocupação a partir do que ela pode interferir nas atividades exercidas fora do contexto do lar, isto é, na sua autonomia para atividades em ambientes externo ao lar.

“Eu era o motorista da casa até eu operar. Eu operei e acabou.”

H8, 77 anos

“Quando você vê a mulher trabalhando você vai lá dar uma ajuda né, senão ela fica reclamando! Eu senti mesmo quando eu fiz a operação da cabeça e não podia dirigir!” H 13, 73 anos

Patrício *et al.*⁹¹ apontam que, para homens idosos, o segredo da longevidade está no sentimento de prazer pelas ações realizadas, na boa relação com a família e no envolvimento com o trabalho.

O homem na fase adulta permanece grande parte do tempo fora do lar, no trabalho. Após a aposentadoria, passa a ficar habitualmente maior tempo dentro de casa o que pode incitar-lhe o desejo de fazer algo fora daquele ambiente na tentativa de resgatar um pouco da rotina de antes. Talvez por isto ocorra neste sexo o desejo maior de sair para encontrar amigos, pagar uma conta no banco ou apenas respirar os ares externos.⁶⁷

Verificou-se que, para homens idosos que continuaram a trabalhar depois de aposentados, o trabalho significa mais do que prover a renda financeira da família. Para eles o trabalho promove a possibilidade de manter relações de amizade e descontração fora do ambiente doméstico.⁶⁵

É percebido que entre homens idosos há maior nível de satisfação com a vida, menor debilidade física, maior capacidade funcional, força muscular, melhor estado cognitivo, menor preocupação e menores índices de queda.⁶⁶

No que diz respeito às percepções de saúde, os homens parecem percebê-la pior que as mulheres quando apresentam diagnóstico prévio de doença crônica não-transmissível, mesmo considerando diferenciais de escolaridade, comportamentos de risco para a saúde e indicadores objetivos de saúde.⁹⁴

Eu trabalhava lá no tribunal, era chefe. Eu ia de carro de manhã, e de lá ia pra rua trabalhar (taxista). Aí quando deu essas coisas do aneurisma, aí eu parei mesmo. H 13, 73 anos

Outro exemplo mostrado é em relação à prática de atividades físicas: estudo mostra que para o homem idoso sentir-se estimulado a praticar exercício, é necessário freqüentar algum ambiente externo ao lar. Os fatores que favorecem este estímulo são a presença de quadra esportiva, agências

bancárias, postos de saúde, a boa percepção de segurança durante o dia e receber convites de amigos para fazer atividade física.⁹⁵

4.3.3 Considerações finais sobre comportamento dos gêneros e idosos.

De forma geral, as falas indicam a interpretação dos idosos sobre o reflexo da queda na sua vida. Diante de uma enfermidade, tanto os médicos como os doentes e seus familiares elaboram percepções para as desordens, cujos significados devem ser buscados nos sistemas de interpretação aos quais eles estão ligados. O médico busca decodificar os sintomas de seu paciente de acordo com as categorias presentes no modelo biomédico, cuja fundamentação é dada pelo conhecimento anátomofisiológico. Já o doente e seus familiares, estes têm uma compreensão própria de seu estado de saúde e elaboram uma interpretação para o mal que os aflige, cujos significados estão ligados aos valores próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos.⁹⁶

A divisão dos papéis sociais esperada na relação de gênero foi mostrada por Clastres⁹⁷ no estudo com os índios guaiáquis (Paraguai). O autor mostra que, independente da cultura em que o indivíduo está inserido, haverá sempre as divisões de funções entre cada um dos sexos. Assim como para nesta tribo o espaço das mulheres é o acampamento e seu instrumento de trabalho é o cesto, a mulher idosa de que tratamos tem como espaço a casa e suas obrigações refletidas nas tarefas domésticas. Da mesma forma, se para os homens da tribo a floresta é seu espaço e o arco o instrumento de trabalho, os idosos buscam também seu espaço fora do ambiente do lar e tomam pra si a função das contas a pagar ou qualquer outra atividade que resgate uma função que se reproduza neste ambiente. Por isso a queda reflete de formas diferentes para cada um deles, segundo sua proposta de condução da vida.

Assim, da mesma forma que descobrir o andamento do cotidiano é importante para definir quais os riscos de quedas estão presentes na rotina do idoso, a análise e compreensão de gênero são também elementos essenciais para entender os motivos que definiram este contexto de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu formar três considerações principais que envolvem a percepção da queda pelos idosos e o impacto desta em suas vidas.

A primeira, ainda sem muita relação direta com o evento, trata-se da relação íntima da atividade de rotina do lar com a percepção positiva sobre saúde. Sendo as tarefas domésticas parte do traçado de afazeres que o idoso realiza diariamente, percebeu-se que a representatividade delas e estes indivíduos partem de uma perspectiva sobre a independência funcional. Isso parece significar que quanto maior a capacidade do idoso em manter esta rotina, maior será a percepção positiva que ele tem sobre sua condição de saúde. E tendo a independência funcional como fator que promove a saúde, o idoso toma a habilidade para tarefas diárias como meta, fechando o ciclo que aponta a relação de dependência do envelhecimento ativo e saudável com atividades comuns do dia a dia.

A segunda consideração aponta que a queda está inserida neste ciclo, mas como um evento que pode bloquear ou estimular esta perspectiva. Se o idoso sofre conseqüências crônicas que impedem o retorno às tarefas abordadas, haverá uma quebra para ele de uma representação positiva da vida, já que aquilo que funciona como um termômetro de saúde mostra-se ineficiente. Já nos casos em que as atividades são resgatadas, tal conquista parece reafirmar no idoso sua boa condição física que transpassa também para o mental pela confiança no corpo que se restabelece quando necessário.

A terceira consideração alerta que tais representatividades dependem da forma de conduzir a vida de cada indivíduo que é influenciada por gênero.

Contudo, o trabalho direciona tais achados para uma contribuição no modo de agir e pensar os casos de quedas em idosos, por profissionais da área de saúde. Vale saber que não se deve enfatizar a restrição às atividades domésticas, sem antes ouvir o que o idoso tem a dizer sobre sua rotina e a importância das tarefas que ele realiza.

Ao profissional da saúde, entender a relação do idoso com a queda é, portanto, mais do que avaliar as conseqüências de caráter físico que afetaram o indivíduo. Junto à avaliação física da anamnese, o item que constrói o histórico da doença deve contemplar um resumo do histórico da rotina recente

do indivíduo, bem como demais detalhes que retratam a forma deles em pensar e conduzir a vida durante o envelhecimento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Abreu F. **Fisioterapia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Shape, 2007;
- 2- Maia, FOM., Duarte YAO., Lebrão M.L., Santos, J.L.F. Risk factors for mortality among elderly peoples. **Revista de Saúde Pública**, 2006; 40(6):745-53;
- 3- Ramos LR. Fatores determinantes para o envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003; 19(3): 793-98;
- 4- IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf. Acesso em 14 de jun., 2010;
- 5- Murtag KN, Hubert HB. Gender differences in Physical disability among an elderly cohort. **American Journal of public health**, 2004; 94(8): 1406-1411;
- 6- Scliar, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, 2007; 17 (1):29-1;
- 7- Filho, N.A. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004; 9(4):865-884;
- 8- Alley D.; Sutheres K.; Crimmins E. Education and cognitive decline in older Americans. **Research on Aging**, 2007; 29 (1): 73-94;
- 9- Coppin A.K.; Shumway-Cook A.; Saczynski J.; Patel K.V.; Ble A.; Ferrucci L. et al. Association of executive function and performance of dual-task physical test among older adults: analyses from the InChianti study. **Age and ageing**; 2006, 35(6): 619-24;

- 10- Abreu DC. The association between osteoporosis and static balance in elderly women. **Osteoporosis International**. 2011; 21(9):1487-1491;
- 11- Ramos LR; Simões E.J; Albert, M.S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a two year follow up. **J Am Geriatr Soc.**; 2001,(49):1168-75;
- 12- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pirâmide etária absoluta, 2008b. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acessado em: 05/01/2010.
- 13- Carneiro, R.S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., Del Prette, A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2007; 20(2): 229-237;
- 14- Menec, V. The relation between everyday activities and successful aging: a 6 year longitudinal study. **Journal of gerontology: Social sciences**, 2003, 58B(2): 574-82;
- 15- Voos MC.; Custodio E.; Malaquias J. Relationship of executive function and education status with functional balance in older adults. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, 2011; 34(1):11-18;
- 16- Liu-ambrose T.Y.; Ashe M.C.; Graf P.; Beattie, B.; Khan K.M. Increased risk of falling in older community-dwelling woman with mild cognitive impairment. **Physical Therapy**, 2008; 88(12): 1482-91;
- 17- Pinheiro, M.M. Ciconelli, R. N.; Martini, L.A.; Ferraz, M.B. Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis study (BRAZOS). **Cadernos de Saúde Pública**, 2010; 26(1):89-96;

- 18- Berg WP; Alessio HM; Mills EM; Tong C. Circumstances and consequences of falls in independent community – dwelling older adults. **Age & Ageing**,1997; (26):261-8;
- 19- Freitas MAV.; Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação às quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2008; 11(1):57-64;
- 20- Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: Determinants and impact on mortality. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 2000; 55A(2): m84-89;
- 21- Alves LC; Leite IC; Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; 13(4): 1199-1207;
- 22- Lopes RGC. **Saúde na velhice**. São Paulo: Educ, 2000;
- 23- Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. **J Am Geriatr Soc**. 1997; (45):92-100;
- 24- Silvestre J. Operacionalização da política nacional do idoso. In: **Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil,1, 2002, Ouro Preto. Anais**. NESPE: FIOCRUZ/CPqRR: UFMG/FM, 2002;
- 25- Neri AL. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. 2 ed. Campinas: Papyrus, 2001;
- 26- Canesqui AM. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2007. 149 p.
- 27- Lopes K.T., Costa D.F., Santos L.F., Castro D.P., Bastone A.C. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua relação

com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2009; 13 (3): 223-229;

28- Messias MG, Neves RF. A influência de fatores comportamentais e ambientes domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2009; 12(2):275-282;

29- Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003; 19(3): 849-853;

30- Geertz C. **The interpretation of cultures**. New York: basic book inc., 1973;

31- Moura RN; Santos FC dos; Driemeier, M; Santos, L.M. Dos; Ramos, LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia** , 1999; 7(2):15-21;

32- Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. **Age Ageing**; 2001; 30(s4): 3-7;

33- Carvalhaes N.; Rossi E; Paschoal S; Perracini N; Perracini M; Rodrigues RAP. Quedas. In: **Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia** , São Paulo, 24 a 27 de junho de 1998. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; p. 5-18, 1998;

34- Cunha UG de V; Guimarães RM. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: **Guimarães RM, Cunha UG de V. Sinais e sintomas em geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989;

35- Martins VMC. **Quedas em pacientes geriátricos**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1999;

36- WHO. **Global Report on Falls Prevention in Older Age**. France, 2007;

37- Siqueira FV; Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, 2007; 41(5): 749-56;

38- Perracini, MR.; Ramos LR. Fatores associados a quedas de idosos. **Rev Saúde Pública**, 2002; 36(6):709-16;

39- Viano DC, Culver CC, Evans L, Flick M, Scott R. Involvement of older drivers in multivehicle side-impact crashes. **Accid Anal Prev** 1990, (22): 177.

40- Morris JC; Rubin EH, Morris EJ, Mendel SA. Senile dementia of the Alzheimer's type: an important risk factor for serious falls. **Journal of Gerontology**, 1987; 42(4): 412-417;

41- Christofolletti G, Oliani MM, Gobbi LTB, Gobbi S, Stella F. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: estudo transversal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2006; 10 (4): 429-433;

42- Finnelli FC; Jonson J; Champion HR; Morelli S; Fouty WJ. A case control study for major trauma in geriatrics patients. **J. Trauma** 1989, (79): 1278-2;

43- Stoddart H, Sharp D, Harvey Ian, Whitley H. Falls and the use of services in community-living elderly people. **British Journal of General Practice**, 2002; 52:923-925;

44- Hannan MT, Felson DT, Anderson J. Bone mineral density in elderly men and women: results from the Framingham osteoporosis study. **Journal of bone and mineral research**, 1992; 7(5): 547-554;

45- Wray LA, Blaum CS. Explaining the role of sex on disability: a population-based study. **Gerontologist**, 2001; (41): 499-510;

46- Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Howard A, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 2007; 62A(7): 744-51;

47- Gama Z.A.S., Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas em ancianos: revision sistemática. **Revista de saúde pública**, 2008; 42(5): 946-56;

48- Mossey JM; Shapiro E. Self-Rated Health: a predictor of mortality among the elderly. **AJPH**, 1992, 72 (8): 800-08;

49- Garcia R.; Leme MD.; Garcez-Leme L.E. Evolution of brasilian elderly with hip fracture secondary to a fall. **Clinics**, 61(6): 539-44, 2006;

50- Feder G, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. **BMJ**, 2000; 3(21): 1007-11;

51- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LC, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, Roth EA, Shekelle EG. Intervention for the prevention of falls in older adults: systematics review and meta-analysis of randomized clinical trials. **BMJ**, 2004; 3(28): 1-7;

52- Nitz JC, Choy NL. The efficacy of a specific balance-strategy training programme for preventing falls among other people: a pilot randomized controlled trial. **Age and Ageing** 2004; 33: 52-58;

53- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls preventions. Guideline for the preventions falls in older Persons. **JAGS**, 2001; 49(5): 664-672;

54- Sanglard, R.C.P., Henriques, G.R.P., Ribeiro, A.S.B., Corrêa, A.N., Pereira, J.S. Alterações dos parâmentros da marcha em função das queixas de instabilidade postural e quedas em idosos. **Fitness & Performance**, 2004; 3 (3);

55- Aikawa, A.C., Bracialli, M.P., Padula, R.S. Efeitos das alterações posturais e de equilíbrio estático nas quedas de idosos institucionalizados. **Revista Ciências Médicas** 2006; 15 (3): 189-196;

56- Morris JÁ; Mackenzie EJ; Eldestein SL. The effect of preexisting conditions on mortality in trauma patients. **JAMA**, 1990; (263): 1942-6;

57- Ribeiro, AP; Souza ER; Atle S; Souza, AC; Schilitz, AO. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (4): 1265-73, 2008;

58- Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. **Age and Ageing**, 2004; (33): 368-373;

59- Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, 2004; 38(1): 93-99;

60- Nascimento B.N., Duarte B.V., Antonini D.G., Borges S.M. Riscos para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 2009; (7):95-99;

61- Jahana KO, Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, 2007; 4(17): 148-153;

62- Fabrício SSC; Rodrigues RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidente por queda. **Rev. Enfermagem UERJ**, 2006; 14 (4): 531-7;

63- Yeannes ML. Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogarenas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2006; 9(1):21-36;

64- Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito, AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2006; 9(2):25-34.

65- Coutrim R.M.E. Algumas considerações teóricas e metodológicas sobre estudos de sociologia do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2006; 9(3):67-87;

66- Barbosa S.R.M. Identificação de fatores de risco para quedas em idosos, distintos por gênero e idade. **Tese apresentada para a titulação de doutora em ciências. Universidade Federal de Uberlândia.** Departamento de Engenharia Elétrica, 2008;

67- Coutinho, R.X., Acosta, M.A.F. Ambientes masculinos da terceira idade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 14 (4): 1111-1118;

68- Fonseca RMGS. **Equidade de gênero e saúde das mulheres.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2005; 39 (4):450-459;

69- Martin D, Andreolli SP, Quirino J, Nakamura E. Noção dos significados nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Revista de Saúde Pública**, 2006, 40(1): 178-9;

70- Béague, D.P., Gonçalves, H., Victora, C.G. Antropology and epidemiology: learning apistemological lessons through a colaborative venture. **Revista Ciencia e saúde coletiva**, 2008; 13(6): 1701-1710;

71- Camargo Jr., K.R. A relevância sobre o uso de técnicas qualitativas em pesquisas sobre a biomedicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; 13(4):1327-1330;

72- Barros N,F., Nunes E.D. Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2009; 43(1):169-175;

73- Minayo M.C.S. Contribuições da antropologia para problemas éticos da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008;13(2):329-339;

74- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, 2009; 43(3):548-54;

75- Flick U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed, São Paulo: Artmed, 2009;

76- Willms DG; Johnson NA. **Essentials in Qualitative Research: A notebook for the Field**. 1993 [mimeo]

77- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. **Soc Sci Med**, 1994; 38(1):1-14;

78- Bourdieu P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983;

79- Doimo, L.A., Derntl, A.M., Lago, O.C. O uso do tempo do cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; (13)4: 1133-1142;

80- Menezes R.L., Bachion M.N. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2008; 13(4): 1209-1218;

81- Persh LN; Ugrinowitsh C; Pereira G; Rodacki ALF. Strngth training improves fall-related gait kinematics in the elderly: a randomized controlled trial. **Clinical Biomechanics (Bristol, Avon)**, 2009; 24 (10): 819-25;

82- Barbosa S.R.M. Identificação de fatores de risco para quedas em idosos, distintos por gênero e idade. **Tese apresentada para a titulação de doutora em ciências. Universidade Federal de Uberlândia**. Departamento de Engenharia Elétrica. 2008.

- 83- Schenatto, P., Milano, D., Berlezi, E.M., Bonamigo, E.C.B. Relação da aptidão muscular e amplitude articular, por faixa etária, na marcha do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2009; 12(3):377-390;
- 84- Bankoff A.D.P., Campelo, T.S., Ciol, P., Zama, C.A. Postura e equilíbrio corporal: um estudo das relações existentes. **Movimento & Percepção**, 2007; 7 (10): 89-104;
- 85- Simoceli, L., Bittar, R.M.S., Bottino, M.A., Bento, R.F. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 2003; 69(6):772-772;
- 86- Maciel, A.C.C., Guerra, R.O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, 2005; 13(1): 37-44;
- 87- Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo-Netto M, organizador. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002;
- 88- Witter, G.P. Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. **Estudos de Psicologia**, 2006; 23(1):13-18;
- 89- Coelho MTD; Almeida Filho M. Concepções pontuais de normalidade em saúde mental no litoral norte da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005; 21(6): 1726-1736;
- 90- Teixeira , M.C.T.V, Franchinb, A.B.B, Dursob, S.A., Facinb, M.M., Pedreschib, P.T. Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2007; 10(1):49-71;

91- Patrício, K.P., Ribeiro, H., Hoshino, K., Bocchi, S.C.M. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2008; 13(4):1189-1198;

92- Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. 6 ed. São Paulo: Forense Universitária, 2007;

93- Beauvoir S. Les Structures Élémentaire de la Parenté, Claude Lévi-Strauss. **Les Temps Modernes**, 1949; 7(49): 943-9.

94- Barreto S.M., Figueiredo R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, 2009; 43(supl.2):38-47;

95- Salvador E.P., Florindo A.P., Reis R.S., Costa E.F. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, 2009; 43(6): 972-80;

96- Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003; 8 (2): 569-584;

97- Clastres, P. O arco e o cesto. In: **A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

ANEXOS

Anexo I

Trechos da transcrição das entrevistas com idosos.

Observações:

- Para melhor compreensão do leitor, retiraram-se partes das entrevistas que não abordaram a temática analisada. Optou-se por expor trechos que contextualizam as falas exemplificadas na discussão;
- Os trechos grifados referem-se às citações dispostas na discussão.

Período das entrevistas: Outubro e Novembro de 2009.

Legenda

E: Entrevistador

I: Entrevistado

CI: Cônjuge do entrevistado

H: Idoso

M: Idosa

Entrevista 1

M, 81 anos

Dados da Avaliação Gerontológica

- Mora com cônjuge, anda sem apoio, considera sua saúde boa, caiu da escada apresentando escoriações em punho e cabeça.

E: Fale-me um pouco da vida da senhora.

I: Tenho uma vida comum, tenho alguém que faz as coisas pra mim. Casei-me com 54 anos. Como não foi há muito tempo, então a gente viajava, fazia as coisas. Minha vida foi diferente, fui casar muito tarde.

E: Nossa, que bom! E como era naquela época sua rotina?

I: Eu trabalhava 8 horas por dia, trabalhava o dia todo. Às vezes dava aula a noite, até lá nunca era muito de trabalho doméstico.

E: Então não tinha outra função maior dentro de casa.

- Eu não tenho habilidade para fazer tricô. O gosto pra mim era lecionar, era trabalhar fora.

E: Como é que a senhora classifica a vida hoje? É boa?

I: **A gente não tem essa consciência de envelhecimento. A gente começa a perceber quando não consegue fazer mais algo, começa a esquecer as pessoas.**

E: Então mudou muito?

I: Mudou que agora somos dois aposentados (referindo-se ao marido). Agora faz anos que a gente tá parado, então, um faz companhia para o outro.

E: E como foi que você caiu?

I: Foi uma coisa doida. Todo mundo ligava pra mim. Eu caí na escada. **Tava escuro, eu moro aqui há 25 anos, eu sempre fiz isso, mas dessa vez eu saí direto na escada.** (ela confundiu achando que estava entrando no banheiro)

E: Imagino. E a senhora não percebeu nada na hora?

I: **O meu marido sempre disse: “acende a luz!”. Mas eu tava acostumada a andar sem luz!**

E: E a senhora tem que cuidar de outros problemas físicos ou não?

I: Vou ao médico de três em três meses (referindo-se à diabetes e hipertensão). Agora que eu to com labirintite, que daí eu caí e me desequilibrei, passei a tomar Labirin.”

E: A família deve ter se preocupado bastante com a senhora quando caiu.

I: Eu sou muito agitada, por natureza. Eu fiquei muito preocupada com as coisas. Não é por cair, mas meus filhos queriam que eu mudasse, e eu não quero, não acho necessário ter que mudar, não é o momento.

E: Mas então não mudou muita coisa.

I: **Eu não sei se é coincidência, se foi depois da queda que eu comecei a reparar mais em mim, como tá o meu corpo.** Acho que um pouco é de eu ser desligada. É difícil pra mim aceitar, entender numa boa.

E: É complicado mesmo.

I: Mas tombo é isso mesmo, né! Tombo não tem explicação!

Entrevista 2

M, 80 anos

Dados da Avaliação Gerontológica:

- Viúva, mora com os filhos, considera a saúde boa, caiu no banheiro, teve escoriações no braço.

E: Me conte um pouco do dia a dia da senhora.

I: Parede eu limpo, varrer eu faço. Não há o que eu não faça!

E: Nossa, é uma rotina cheia de serviço então.

I: É verdade. Pena que a gente não é valorizada.

E: E por que a senhora pensa assim?

I: Você não tem valor, você nunca é ninguém (sobre o cuidar da casa). Minha filha não dá muita bola pra mim não. To aqui pra ajudar a cuidar dos netos.

E: Deve ser muito difícil pra senhora tudo isso.

I: Eu sou só. Antes eu não sentia tanto porque tinha meu dinheirinho, trabalhava. O dentro de casa que é pior.

E: A senhora sempre morou aqui?

I: Não. Eu queria a minha casa, o meu canto. Eu sempre tive minha casa.

E: Com o que a senhora acha que fica mais apreensiva nas dependências da casa? Tem medo de alguma coisa?

I: **Eu não, eu não tenho medo de nada! Eu tenho medo de ficar parada. Acho que eu morro!** Eu tenho na minha cabeça que uma hora eu vou ter que parar. Se eu caísse e morresse tudo bem! O que eu não quero é ficar na cama.

E: E quando a senhora caiu, como foi?

I: **Foi no banheiro, joguei cândida no chão encardido, fiz tudo pra não cair, mas caí um tombo e fui sentada!** Mas também nem falei pra ninguém.

E: E porque a senhora não quis chamar ninguém?

I: Você já viu uma cadeira cair e ter que se levantar? (se comparando com uma cadeira que é matéria morta. Esse é o sentimento que ela via dos seus familiares para com ela)

E: Então isso é o que a deixa mais apreensiva? O descaso da família?

I: Sabe o que eu tenho medo? De não poder trabalhar e ficar encostada. Se trabalhando ninguém dá valor, imagina quando não dá pra fazer!

E: E com relação a tratamento médico. A senhora busca sempre quando precisa uma ajuda médica?

I: Eu vou lá (médico), vejo o que eu tenho, se não for nada grave eu fico aqui enrolando até a dor passar. A dor passa! Deus está sempre comigo. Ele é meu companheiro.”

E: Então a preocupação só vem quando sente que ta muito mal?

I: Eu vou nos médicos, eles falam que eu não tenho nada, que a saúde é de uma moça, e daí porque eu vou me preocupar com as coisas, com cair?

Entrevista 3

M, 84 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: casada, consegue andar sem apoio, considera ter saúde boa, caiu e tropeçou várias vezes. A principal queda provou escoriação no joelho.

E: Como é o dia a dia da senhora?

I: Eu cuido da casa, faço o que eu posso. To com dor nas costas porque caí, mas o que dá a gente faz, não pode parar.

E: E a senhora mora aqui faz muito tempo? O que acha desse lugar?

I: Gosto muito daqui, moro aqui há quarenta anos!

E: E por que a senhora caiu?

I: **É por causa da artrose. Eu tenho artrose no joelho.** A médica pediu pra usar bengala, mas ainda não to usando. Eu não gosto, mas tem que usar.

E: E a senhora teve que fazer algum tratamento por causa da queda?

I: Não, não me recomendaram nada não.

E: Chegou a ir ao médico?

I: Fui. Quando a médica falou que eu tava bem eu perguntei se já podia então varrer de novo!

E: Ah, então só pensava em voltar a fazer suas coisas!

- Mas eu não varro mais não, tenho medo de cair outra vez.

E: Porque pensa assim?

I: Eu sinto que não posso. E se eu caio de novo? Também fiquei com medo maior na calçada, onde machuquei. Em outros lugares ando normal.

E: E o que mais que mudou depois disso?

I: Queria sair, eu sempre saía sozinha. Agora nem me arrisco. Tenho medo de ir sozinha. Daí também tem que ficar pedindo, também não gosto!

E: E como é que a senhora pensa ao ver essas quedas acontecendo dentro de casa?

I: A gente não pode esmorecer. A gente tem que fazer alguma coisa, senão as células morrem.

E: A senhora pede ajuda quando precisa?

I: Eu não gosto de pedir nada pra ninguém. Eu sou muito independente, muito independente.

E: Dá pra perceber mesmo!

- O que eu posso eu faço. Eu não me entrego. Ficar sentada o dia inteiro, credo! A gente tem que ter força de vontade. Se a gente não cuida do corpo a gente morre. E ainda tem que pedir ajuda aos outros.

E: Deve ser ruim pra senhora quando tem algo que não dá pra fazer!

I: A gente fica triste que não pode fazer tudo, mas tem que aceitar.

Entrevista 4

H, 77 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Mora com a mulher e neto. Sente-se bem com a saúde em relação aos outros da mesma idade, tropeçou e caiu várias vezes, no quarto, na sala, provocando contusão na cabeça e membros inferiores.

E: Como é o dia a dia do senhor?

I: Ah, eu levanto, tomo um cafezinho, fumo um cigarro...

E: Consegue fazer as coisas de modo fácil em casa?

I: Eu ando com muita dificuldade aqui dentro de casa, mas ando. Às vezes sem apoio. Mas é sempre aqui pertinho, daqui pra lá, aqui pra cá. Eu procuro até não ter apoio pra ver se eu melhora. Mas não melhora não. Eu estou naquela fase, naquela fase de esperar acontecer o gol. A minha esposa me ajuda muito.

E: E desde quando o Sr prefere ficar na cama, só deitado?

I: Ah, desde que, que... faz tempo já, uns três, quatro anos que eu deito. Não é que eu deito, é que é uma posição melhor pra mim.

E: E o cigarro, o que o senhor pensa dele? Já tratou alguma vez esse vício?

I: Veja bem. É importante cuidar. Mas eu não paro. É minha única distração, o cigarrinho.

E: O Sr. gosta de fumar!

I: Gosto!

E: Desde quando?

I: Desde quando eu tinha 10 anos de idade. Há mais de sessenta anos!

E: O senhor já caiu dentro de casa, né? Como foi a queda?

I: Eu perdi o equilíbrio, eu não sei como eu caí. Tava andando a pé, mas muito devagarinho, não sei como eu caí. Então nem isso eu faço mais, eu tenho medo de cair.

E: Como é que o senhor se sentiu?

I: Bati a cabeça, né! **Fiquei assustado! Você ta andando, dando um passeiozinho e, de repente, você cai! Bater a cabeça assusta, né! Por isso é que eu fico mais deitado.**

E: As pessoas acabando servindo o senhor, né?

I: Ah sim.

E: Tem sempre alguém que faz as coisas para o senhor então?

I: É verdade.

Cl: Por exemplo, **se ele quer ir lá tomar a cerveja toda tarde ele vai. Agora ele senta aqui ele quer o café na mão, ele quer o cinzeiro na mão, ele quer o remédio na mão, ele quer tudo na mão. Ele sabe selecionar o que ele quer.**

E: O senhor ouviu o que ela falou? É verdade?

I: É verdade.

Cl: Ele é seletivo!

I: Não, eu já não ligo mais pra isso! Porque eu nunca quero fazer nada, sabe! Eu quero é me deitar. Eu cheguei à conclusão de que é melhor ficar deitado do que ficar pericando por aí.

E: Mas o sr acha que é só por medo de cair que o sr fica deitado?

I: Grande parte. Grande parte.

E: E o senhor gosta de sair de casa de vez em quando?

I: Eu não tenho segurança pra andar.

E: Sei.

E: Eu ando com muita dificuldade. Então eu saio às vezes pra andar na rua. O síndico aqui do prédio, o Cido, ele me acompanha, ele tem paciência comigo. Ele vai comigo, ele me leva no barbeiro. Eu vou de carro, só ando de carro. Esforço próprio não.

Entrevista 5

H, 80 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Mora com cônjuge e filhos, considera-se ativo e com boa saúde, caiu na sala e quarto, machucou braço e cabeça.

E: Me conta um pouquinho sobre o dia a dia do senhor. O senhor acorda e faz o que?

I: É, veja bem. **Eu acordo, dou uma lida rápida no jornal, e depois eu vou ver, no escritório, eu tenho um escritório lá em cima, eu vejo no escritório essas coisas de pagar, se tem que pagar alguma coisa de banco, essas coisas, se tem alguma intervenção em banco a fazer.** Depois eu vou pra garagem. Eu tenho uma garagem aqui grande. Eu não tenho mais carro porque eu vendi já que não posso mais dirigir.

E: Que legal!

I: Viu, até há uma não atrás eu fazia projetos, tenho três patentes registradas!

E: Que jóia, e aí fica o dia todo lá?

I: E às vezes ainda enxugo a louça, quando a empregada não vem como hoje!

E: E no restante do dia?

I: Eu continuo a mesma coisa. Cuido do jardim porque eu gosto de plantas, temos muitas plantas no quintal, temos lá em cima também. Depois era interessante você subir pra conhecer. Tem muita coisa que eu fiz!

A: Isso é tão representativo, não é! Tem tanto valor!

B: É. Ah, tem! Isso, **eu creio muito naquele negócio de pensar e dizer assim: “Foi eu que fiz!”** Viu! Então por exemplo, **você esta vendo essa instalação aqui? É um pouco diferente se você perceber, e foi eu que fiz. Ali, aquele canto quebrado ali é uma taboa, e o fio corre daqui pra lá, sobe, dos dois lados, e corre. Foi eu que criei aquela coisa.**

E: O que aconteceu exatamente no dia em que o senhor caiu. O senhor caiu aqui na sala. Porque o senhor acha que o senhor cai na sala, sempre na sala?

I: Pois é. Eu estava assistindo televisão. Uma vez eu decidi não assistir televisão e desligar lá. Nós temos o costume de desligar a tomada porque uma vez caiu um raio aqui perto, numa academia, e queimou toda a nossa instalação elétrica. Inclusive queimou alguns aparelhos também. Por essa razão pensamos o seguinte: se não está usando desliga. Entende? E eu levantei para desligar. Depois desliguei, levantei, quando levantei muito rápido, eu senti rodar e fui para o chão.

A: Mas o senhor não tropeçou no degrau?

B: Não, não eu estava do lado de fora do degrau. Eu estava nesse piso aqui.

A: E todas as vezes que o senhor caiu foi pela tontura mesmo ou por outra coisa?

B: Não, foi pela tontura. Só pela tontura.

E: E vocês não pretendem mudar algo aqui?

I: Não pretendemos.

E: Porque já vira até um vínculo sentimental, não é mesmo?

I: É, um vínculo sentimental.

E: É difícil mudar um ambiente que a gente tem apego, né?

I: Sabe, eu acho que essa é a melhor disposição. Aquela cadeirinha, por exemplo, está ali. Pra você ter uma idéia (risos) a minha filha tinha dois anos quando eu comprei essa cadeirinha pra ela. Ela está com 56 hoje.

A: Que coisa, e ela sobreviveu bem hein!

B: É. Está perfeita. E ela está ali há doze anos. Sempre que vem crianças aqui elas querem sentar na cadeirinha. Nós sempre temos crianças em casa.

Entrevista 6

M, 80 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: casada, mora com cônjuge e filhos, sente-se bem com a saúde, caiu no quarto e cozinha que provocaram escoriações em braços e pernas.

E: E como é o dia a dia da senhora?

I: Bom, quando eu acordo, a primeira coisa eu vou ao banheiro. Depois que eu saio do banheiro eu vou tomar um remédio, que eu tomo dois em jejum.

E: A senhora sai de casa? Faz compras sozinha?

I: E vou ao mercado, sim. E como eu tenho artrose na cervical mais desse lado, não consigo carregar as sacolas muito bem.

E: Mas dá sempre um jeito!

I: É. Depois eu vou ajudar meu marido a tomar banho. Eu tenho que ajudar por causa da tontura ele deve ter falado pra você. E **depois que ele toma banho, eu tomo meu banho ou então eu deixo, se ele quer que eu o ajude em alguma coisa, porque ele me chama o dia inteirinho! Se não me gastasse eu não tinha mais nome.** Se ele me chama pra ajudar em alguma coisa eu ajudo, se não eu vou para o banho. Se não dá eu tomo banho logo depois do almoço. Depois, então, aí eu sirvo a janta pra ele, arrumo a cozinha, porque isso eu faço questão de deixar a cozinha limpinha, tudo lavado.

E: E como foi a queda?

I: Eu não tropecei, eu não senti tontura, eu não senti nada, eu senti como se uma mão me empurrasse. Eu não sei se você acredita em espiritismo, e eu senti como se uma mão me empurrasse, pusesse a mão assim e me empurrasse. E eu caí!

E: E machucou muito?

I: Então, na hora nem doeu tanto, mas aí eu não conseguia andar. **Mas no dia seguinte eu já estava andando, mancando, mas estava andando normal. E não tenho medo de cair.** Aliás, eu não tenho medo de nada, eu ando na rua sem medo, que tem gente que anda na rua preocupada se tem gente atrás, e eu não tenho medo de nada.

E: E quando machucou o joelho, precisou ficar usando alguma bengalinha?

I: Não, não precisou de nada não. Eu comecei a andar mancando no dia seguinte, fiquei uns três, quatro dias mancando. Depois foi indo. **Agora a única coisa que ficou é que eu tinha mania de empurrar as gavetas da cozinha com o joelho. Agora com este eu não posso. Então ou eu empurro com a lateral, ou eu empurro com a mão.**

E: E a saúde hoje, com está?

I: Graças a deus tá boa! Eu tenho às vezes, de vez em quando. Há uns dias atrás eu tive essa dor na ciática, de anos e anos, vez ou outra ela aparece. Aí meu filho que é médico aplicou 3 injeções em dias alternados, eu fiquei boa. Agora esta dor eu marquei ortopedista esta semana. Eu tenho muita dor aqui agora. Mas eu já notei que deve ser o jeito de dormir porque eu levanto com muita dor e depois ao longo do dia vai passando.

Entrevista 7

M, 72 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: casada, mora com cônjuge e outros netos, considera-se melhor que os outros da idade em relação à saúde, sofreu escoriações depois da queda.

E: A senhora faz tudo na casa?

I: Faço tudo, faço comida, lavo roupa, limpo a casa.

E: Então dá pra fazer tudo!

I: Não. Não é que dá. **Eu faço e paro. Faço e ponho um gelinho no joelho. Eu faço almoço e fico com a bolsa de gelo, 20 min.** Quando eu não agüento, eu deito até abaixar a dor. Não é fazer tudo de uma vez. É devagar. Porque o que nós ganhamos não dá pra pagar alguém pra trabalhar aqui. Não tem condições. Eu vou fazendo tudo devagarinho. Mas não é uma Brastemp não. Eu dou sempre um jeitinho. Eu tenho artrose também.

E: Aqui na casa tem alguma coisa que incomoda, nos ambientes?

I: **Ah, eu só acho ela pequena! Eu tenho neto, né! É pequena porque os móveis ficam muito amontoados!**

E: Tem algo que a senhora queria tirar daqui?

I: Ah, não dá pra tirar nada. Quando vem visita, tem a outra cama pra dormir. Então essa cama tem que ter. É necessidade. E tem essas duas cadeiras aqui que era do meu sogro e da minha sogra, que não dá pra por outra coisa também, não dá!

E: E a gente se apega a essas coisas também, né!

I: Ah, essa cadeira aqui deve ter uns 40 anos!

E: A senhora já pensou em o que é que faz a senhora cair?

I: Eu acho que o meu tombo é por causa da fibromialgia. Porque eu tenho muitas dores, e eu não tenho muita firmeza. Eu não posso ficar saindo sozinha na rua mais. E em casa eu ando com o máximo de cuidado.

E: Então quando acontece, é sempre numa situação que a senhora não percebe que pode ser perigoso?

I: Ah, é. Eu tenho que me cuidar principalmente quando eu estou saindo do banho, do box, que fica ruim. Mas não é por causa do piso molhado. Lá tem tapete, tudo. Mas é porque eu não tenho firmeza.

E: E quando tá limpando a casa que tem chão molhado?

I: Ah, eu pego, ponho o tênis, jogo água e seco. E fico cuidando.

E: Já caiu nesse lugar?

I: Não, não. Porque eu tenho cuidado. Agora que eu to fazendo tratamento, lá no lar Francisco a fisioterapia, eles nos ensinam tudo. Como tem que fazer pra levantar, então é tudo muito bom! Se eu não tiver esse cuidado eu caio mesmo!

E: E a senhora seguiu todas as recomendações dadas?

I: É. Porque como que eu vou andar? **Eu fico muito mal com isso. Eu quero fazer minhas coisas, e não me sinto assim tão idosa, tão debilitada pra fazer as coisas.** Olha, às vezes, que nem agora que ele (marido) fez a cirurgia

e não deu certo, eu já fico nervosa. Não gosto quando ele quer pão e não dá pra eu sair e comprar. Na idade, eu não me sinto tão idosa. Mas o corpo ficou idoso! Eu só queria ficar boazinha pra fazer meu serviço!

Entrevista 8

H, 77 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Casado, mora com cônjuge, as quedas foram em mais de uma dependência da casa, provocou fratura e escoriações em membros inferiores com necessidade de procedimento cirúrgico em uma das vezes.

E: Sr., como tem sido o seu dia? conta um pouco pra mim.

I: Cama, cama, cama e cama, há mais de um mês. Antes eu acordava, levava um neto meu pra futebol, pra judô. **Eu era o motorista da família até eu operar. Eu operei e acabou.**

E: Então não pode sair pra nada?

I: Eu fiquei amarrado esse mês inteirinho. Não posso sair. Saio às vezes quando é ultimo caso porque minha mulher é teimosa, ela não pode ir sozinha no mercado, mas ela quer ir!

E: E como é que foi a queda?

I: Tem um jardinzinho alí no centro do quintal, que tem uns tijolinhos. Quando eu fui passar eu não levantei o pé. Tontura que começou e não levantei o pé.

E: Mas o senhor viu que estava alí, o tijolinho. Ou não percebeu?

I: (risos) Eu to cansado de ver aquele tijolinho!

E: E na hora de passar não viu! Não passou pela cabeça que o pé podia encostar alí!

I: (risos) É. Ele encostou e eu caí. Também tropecei aqui nesse degrau, mas não cheguei a cair. Caí mas não foi nada.

E: O senhor acha que foi por descuido?

I: Eu tenho é falta de atenção. Eu tenho esse problema. No meu subconsciente eu não tenho essa idade que eu tenho. Eu sou mais novo! Entende? Às vezes eu quero subir, eu quero fazer coisa que eu não posso!

I: O chão foi embora: “Cadê?”. E aí como eu sou ansioso, afobado, é que acontece essas coisas. Apesar de que me frisaram bem: **“Se o senhor vai fazer a barba, tem que sentar, sentar e cortar a barba. O senhor vai tomar banho? Senta! Senta e toma banho. Pra não gastar energia. Cuidar onde pisa, vai devagar, faz isso, aquilo. Quer dizer, se eu for vagabundo vou ficar vagabundo e meio!** Não faz mais nada! Tudo o que eu fizer! Pra comer tem que por os braços em cima da mesa e descansar, quer dizer, uma série de instruções que eles dão e eu sei que é pra meu bem. Mastigar, no mínimo 16 vezes! Eu quando percebo já estou “blebleble” (risos). Então é isso. Eu quero corrigir uma coisa que tenho um hábito de cinquenta, sessenta anos. É muito difícil!

E: E o senhor falou que caiu as duas vezes. Depois disso o senhor modificou alguma coisa no lugar que caiu, ou não?

I: Mas é um tijolinho assim, não faz diferença!

E: Mas o senhor não mudou nada depois disso!

I: Não, agora eu dou a volta!

E: O que é que o senhor gosta de fazer em casa?

I: Tem uma coisa que eu gosto e to fazendo. É cartas.

Entrevista 9

M, 84 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: mora com marido e filhos. Caiu várias vezes, teve escoriações e ferimentos em braços, rosto e pernas. Sente-se bem em relação aos outros da mesma idade.

E: Oitenta e quatro anos então! Que beleza!

I: Beleza nada minha filha. Beleza é quando a gente tem vinte e cinco! Até cinqüenta ainda é beleza mas depois começa a pesar!

E: Ah, mas por quê?

I: (Risos). Beleza é quando sai por aí jogando bola!

E: Eu trabalhei no colégio trinca e poucos anos! Nunca me aconteceu nada. Não sei se voce conhece o Santa Maria, as freiras são americanas. Eu adoro lá. Trabalhei na cozinha lá. E nunca me aconteceu nada! Eu cheguei em casa e comecei a cair! Caí demais, caí em Itu! Indaiatuba! Cada lugar que eu ia era um tombo!

E: Em resumo, como é o dia da senhora?

I: **Eu acordo, arrumo a cama, dou uma chegada no banheiro, tomo café, faço o almoço, lavo a louça que até hoje eu não lavei ainda, estava te esperando!**

E: Como foi o impacto da queda pra senhora?

I: Olha, depois que eu fiquei assim toda quebrada, eu não me sinto muito bem. Eu caí e quebrei esse braço, eu caí e quebrei esse. Eu quebrei o fêmur. Então, é a idade também.

E: A senhora teve algum medo depois disso ocorrer?

I: Minha irmã fala: "Rosa voce enxerga bem, por que você mede o chão?" Eu falo que é porque eu tenho medo de cair.

E: Como é o medo?

I: Medo de cair. Toda vez que eu caí eu quebrei alguma coisa. Eu ainda não tinha osteoporose, **o médico falou que tinha que fazer tratamento. Então tinha que cuidar; eu tomava remédio.**

E: E depois que aconteceram todos os problemas como ficou a rotina?

I: **Quando eu tava boa eu fazia as coisas porque eu sou enjoada.** Agora a casa tá deixada, coitada. Eu gosto de tudo bem limpinho, tiro o pó todo o dia, a gente lava uma coisa e lava outra.

E: Faz quantos anos que moram na casa?

I: Vinte e três anos! Eu gosto daqui. Eu sempre gostei daqui. Só mudei de rua. Gosto muito do bairro, de tudo!

A: E em relação à sua casa, gosta dela?

B: Olha, eu gosto, mas era melhor se fosse térrea, né. Mas agora eu já acostumei. Eu penso que térrea é melhor porque ficaria tudo mais perto.

Entrevista 10

M, 70 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Mora com marido, sente-se bem com a idade, caiu uma vez, mas não houve escoriação importante.

E: Como é sua rotina na casa?

I: Bom, eu tenho empregada que faz o serviço mais pesado. Mas de sábado e domingo eu já levanto e vou direto pra cozinha. Eu faço almoço, eu só não faço limpeza grande. Mas por exemplo, lavar uma louça, eu lavo. Eu guardo as roupas, tiro a roupa do varal e guardo, bato a roupa, se tiver alguma roupa pra eu ensaboar eu faço, eu faço serviço de dona da casa.

E: E as atividades de lazer, quais são?

I: Quando eu to em casa eu fico no computador, brincando de joguinhos, fico lendo, eu costuro, se precisar colocar uma barra, eu passo um botão. Meu filho é casado, mas a esposa dele não sabe fazer essas coisas, então quando ele precisa eu faço, a mamãe que faz. Então é isso. A minha vida é essa!

A: Certo. Então essas são as atividades que mais gosta?

B: É. **Gosto do computador, do rádio, de ouvir música.** Geralmente eu gosto muito de rádio e notícia. Então eu fico a manhã inteira de rádio ligado. E quando eu posso, eu vou para o computador. De manhã eu não vou, eu faço mais as coisas de casa. Depois do almoço, quando eu não tenho nada o que fazer então eu fico no computador, nos joguinhos. **Também leio, falo no telefone, com minhas amigas.**

A: Então a senhora tem uma vida bem ativa!

B: Ah, tenho! Eu não deito tarde de jeito nenhum. Eu posso ter ficado a noite inteira acordada. Mas depois do almoço eu não deito pra descansar nada. Então minha vida é muito ativa mesmo. Não é uma vida parada.

E: E a fratura da queda fez com que você parasse de fazer as coisas normais da rotina?

I: Deixa eu só te falar uma coisa. Eu sou tão assim, de não ficar parada, que quando eu fiquei três meses na cama e não podia encostar o pé porque estava com cinco pinos, eu fiz tanto movimento que nem fisioterapia eu precisei fazer. Inacreditável, né! E quando eu saí os médicos não acreditavam. Quando o médico deu alta eu saí como se não tivesse quebrado nada.

E: Geralmente a gente fica com medo de andar de novo, né!

I: To falando, eu fiquei deitada, mas eu mexia tanto o pé! Eu não me deixei abater porque estava lá. E quando eu saí, eu ainda fui e coloquei o sapato e saí andando. Eu sou uma agitada.

E: Que bom que deu pra se recuperar. E a outra que teve, machucou muito?

I: A outra eu caí assim, com a perna pra cima. Eu escorreguei assim na diagonal. A sorte foi que nem o pé machucou, nem um arranhão, nada, nada, nada. Acho que foi Deus, ou meu anjo da guarda que protegeu. Então essas foram as quedas que eu tive. Eu fiquei com tanta vergonha dessa última, que faz dois meses, e eu não contei pra ninguém!

Entrevista 11

M, 64 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Casada, mora com cônjuge, caiu no quarto e sala, uma delas necessitou de encaminhamento para o hospital. Sente-se bem com a idade que tem.

E: Me conta um pouco sobre suas tarefas principais do dia.

I: **Minha prioridade sempre foi alimentação e roupa em dia. Então eu gosto de, pela manhã, de fazer tranqüilo as minhas coisinhas, nem que seja meia hora.**

E: Como foi que caiu?

I: Então, no dia eu não estava passando muito bem. Quando eu fui à cozinha, comi um pedaço de mamão papaia, voltei a deitar, só que não passava o mal estar. Quando eu voltei à cozinha pra pegar um remédio eu abri o armário, e simplesmente eu só me lembro assim da pancada que eu dei na porta e caí para o lado de cá. Eu bati esse braço aqui na porta, me lembro da pancada e em seguida fui com a testa no chão.

E: Nossa, deve ter sido um susto e tanto!

B: **Eu estranhei o tombo porque eu nunca tive um tombo igual! Eu acho que eu tive uma leve tontura e caí.** Aí eu voltei pra sala e quando ele saiu do banheiro ele viu o que tinha acontecido e me levou para o hospital. Quando chegou lá constaram que eu estava com a pressão baixa. Eu acredito que tenha sido uma série de fatores. Talvez algum alimento não tenha me feito bem.

A: E depois que você caiu te deu medo?

B: Não, eu fiquei preocupada porque foi uma coisa que eu nunca tive! Mas eu acho que tudo se justifica. Foi o mal estar de alguma coisa que eu comi.

E: E depois disso você tomou alguma atitude de cuidado?

I: É, eu acho que foi mais por prevenção que medo. A gente nota que com a idade a habilidade fica diminuída. Então, quando eu estou descendo a escada no shopping ou qualquer lugar, eu uso o corrimão, não me agarrando, mas deslizando. No caso de um desequilíbrio, que a gente está a sujeito a qualquer

coisa, eu já estou com a mão ali. Não que eu viva com medo de cair, de jeito nenhum.

E: E mudou alguma coisa nos móveis da casa?

I: Então, eu tinha uma mesa quadrada. Toda vez que meus netos vinham eu ficava desesperada. Aí eu até tirava a cadeira porque ficava bem na alturinha deles. Daí eu acabei trocando, por uma de granito, redonda. O risco continua deles se baterem com a cabeça, mas não na quina, no bico. Só isso que eu troquei aqui.

Entrevista 12

M, 66 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: mora sozinha na companhia de muitos cachorros e caiu quando foi atrás de um deles pra dar comida. A queda provocou uma infecção crônica no braço. Sente-se bem na idade que tem.

E: Você se sente bem em casa?

I: Quando eu chego em casa eu me visto como dona de casa! Lenço, chinelinho! **Quem me vê sair de casa, vê outra pessoa!** Aqui eu sou a Neusa, dona de casa! Meu filho briga comigo, porque eu uso esse chinelinho, mas ta no meu eu! Eu conservo minhas raízes porque eu sou da roça, fui criada na roça, e aqui eu me sinto como se eu tivesse no meu ambiente. **Fico mais à vontade com a roupa, com o sapato, ponho o lençinho. Essa sou eu!** Gosto de ficar aqui, cuidando deles (cachorros). Eu fico lá fora, assisto televisão, revezo porque eles não podem ficar juntos.

E: Me conte como foi quando caiu.

I: Minha primeira queda, olha aqui o resultado! Não sara nunca. Foi mais ou menos há uns oito meses. Era um dia de sol muito quente, e eu resolvi dar banho neles (cachorros). Eu costumo dar banho no meu chuveiro. Mas aí nesse dia, tava sol, a empregada falou pra eu dar banho lá fora com a mangueira. Eu dando banho dele, ele (cachorro) não me toma a mangueira, e saí correndo com ela! Quando fui atrás, eu ia subir a rampinha que tem ali, e escorreguei. E bati o cotovelo. Passou, não foi nada tão grave, inchou um pouco, mas passou. Depois de alguns meses, quando já estava quase tudo cicatrizado, tudo certo, eu fui correr atrás dele e caí de costas. As duas vezes que eu caí foi de costas. E cortou e pegou o mesmo lugar, e rompeu os tendões do braços. O chão tava liso, tava molhado. A empregada estava aqui, ela veio correndo, pegou na cozinha pó de café e colocou. Aquilo provocou uma infecção tão grande, que não sarou até hoje.

E: E nessa segunda vez que caiu, voce não se lembrou da outra vez que já havia caído? Não tentou, por ventura, se proteger?

I: Não! Na hora a gente não acha que vai cair. Aquilo o que eu falo para o meu filho. Se a gente soubesse que ia cair a gente se preparava antes, né!

E: Mudou alguma coisa da primeira pra segunda queda?

I: Da primeira pra segunda não mudou porque eu fiz a mesma besteira. Eu corri do mesmo jeito. Agora, depois da inflamação eu já percebo que mudou mais. Eu tomo mais cuidado, eu prendo ele (cachorro) lá pra evitar.

E: Você acha que foi o fato de ter caído que gerou mais cuidado ou não?

I: Foi. **Foi o fato de ter caído que gerou uma preocupação maior porque eu senti que agora eu preciso tomar mais cuidado.** Eu não sou mais uma criança pra ficar correndo de um lado para o outro. Eu não vou correr pra cair de novo. To mais apreensiva.

E: O que é mais difícil nessa situação?

I: **No meu caso eu fico triste de ter limitações, porque eu sei que estou envelhecendo, que vai chegar uma hora que eu não vou agüentar a fazer as coisas que eu fazia. A gente vai ter que ir se podendo.** Eu adoro viajar. Mas agora eu já to tendo limitação porque se eu viajar de ônibus, eu tenho labirintite, coisa que antes eu não fazia.

E: Você deixou de fazer as tarefas da casa depois de caiu?

I: Deixei, deixei de fazer muita coisa. Eu passo a vassoura, mas não lavo mais, não do banho mais no cachorro ali fora, pra não ter perigo de escorregar.

E: O que é o ruim nessa história toda?

I: Eu acho que é a hora em que a gente começa a se sentir velha viu. Quando a gente começa a sentir as limitações, você fala: "Poxa, eu não posso mais fazer isso, eu não consigo mais." Até pouco tempo atrás eu pulava aquele muro ali. Com a maior facilidade. Agora já sinto dificuldade. E vejo que já não posso fazer mais não. Seria uma queda violenta viu. São limitações que eu tenho que controlar. Você tem que saber controlar senão cai toda hora.

B: Com a idade vão surgindo as limitações. Eu acho que a gente tem que encarar isso com naturalidade, mas não é fácil viu.

Entrevista 13

M, 73 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Casado, mora com a mulher e filho, caiu da escada, e na sala, teve escoriações nos braços.

E: O que o senhor modificou nas atividades dentro de casa? As atividades mudaram ou não?

I: Não de casa não. **Quando você vê a mulher trabalhando, você vai lá dar uma ajuda, né, senão ela fica reclamando!** Eu só senti quando eu fiz a operação da cabeça e não podia dirigir né!

E: Isso causou um impacto muito grande para o senhor.

I: Ah, bastante! Foi muito difícil. **Eu trabalhava lá no tribunal, era chefe. Eu ia de carro de manhã, e de lá ia pra rua trabalhar (taxista).** Aí deu essas coisas do aneurisma, aí eu parei mesmo. Quando eu saio em nem vou mais dirigindo. A minha mulher é que leva o carro.

E: O senhor tem vontade ainda de dirigir?

I: Eu tenho vontade, mas não consigo mais trabalhar no táxi. **Depois que você se acomoda, parece que você não presta.** Chegava de sexta-feira, às vezes eu não ia trabalhar. Eu ia pra um baile, festa, e isso eu também não posso fazer mais.

E: O senhor caiu uma vez aqui em casa de madrugada.

I: É. Eu tropecei no tapete. Tinha um tapetinho.

E: Ah, e o tapetinho está alí ainda!

I: Tá, tá alí! (risos)

E: Mas o senhor sempre escorrega?

I: Ah, sempre. To andando, escorrego.

E: O senhor nunca pensou em colocar antiderrapante?

I: Não, não.

E: A gente só tem preocupação quando acontece né.

I: É, quando acontece.

E: E quando não acontece...

I: A gente vai levando.

E: O senhor sabe que um escorregão pode levar a uma queda e pode quebrar um osso né.

I: Deus me livre!

E: E onde mais tem tapete aqui? Tem no quarto?

I: Tem, tem tapete. De vez em quando a gente tropeça nele a noite porque a gente é meio preguiçoso e tem preguiça de acender a luz. Eu tomo muita água. Eu tenho diabetes né. Então eu levanto sempre.

E: Mas o tapete fica alí porque?

I: Não, o tapete fica alí, pra gente não levantar e colocar o pé direto no chão.

Entrevista 14

M, 70 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: mora com cônjuge e família da filha, escorregou no banheiro, sofreu escoriações leves em braços e punhos. Sente-se bem com a idade que tem.

E: O que vocês fazem quando têm tempo livre?

I: Assistio televisão! Eu e meu marido! Às vezes eu vou ao quarto, deito, fico assistindo os meus programinhas, ele fica embaixo assistindo os dele.

E: Vocês devem estar acostumados com a rotina de casa. Pra senhora mudou alguma coisa dos anos pra cá?

I: Eu não, eu to acostumada já. Sempre foi assim. Cuidando de filho, casa, cachorro!

E: Mudou muito a casa da senhora ao longo dos anos?

I: Não, sempre foi assim. Não temos muito dinheiro mas estamos satisfeitos. Até outro dia minha nora morava aqui com meus netos. Eles estavam em apuros, né, e nós recolhemos! E a gente sente falta!

E: A senhora consegue fazer tudo então entre as atividades de casa?

I: Ah, tem que fazer, né! Eu tenho problema de coluna, desvio de coluna. **Eu ainda fui ontem ao ortopedista, e ele me falou que a coluna ta tortinha, tortinha.** Por isso que eu tenho esses problemas!

E: Faz quanto tempo que a senhora descobriu isso?

I: Ah, faz muito tempo. Desvio de coluna a gente nasce com ela né. É assim que falam né!

E: A senhora sempre teve dor nas costas?

I: Não, não me lembro não de antes. Acho que foi com uns quarenta e oito. A gente já trabalhou bastante, né!

E: E essa dor prejudicava na hora de fazer alguma atividade?

I: Não, não. É aquela dor que fica e não sai mais! (risos)

E: E ela aumenta quando esta fazendo alguma atividade?

I: Quando eu to deitada ela ta boazinha, não dói. Mas é só levantar que começa.

E: Mas nunca deixou de fazer nada por causa da dor?

I: Não, não. Ainda não! Pelo amor de Deus!

E: E como foi a queda?

I: Primeiro eu caí lá no outro terreno da casa. Machuquei meu braço. Tudo o que machuca o braço dá trabalho depois pra resolver. Mas o braço não faz mal não. Eu amarro o avental aqui na frente e dá pra continuar a fazer as coisas!

E: A queda não foi motivo pra deixar de fazer algo.

I: Não, não.

E: A senhora procurou saber o que fez acontecer a queda? Tinha alguma coisa molhada, o que foi?

I: No final, eu me esqueci de um degrau e coloquei o pé no outro degrau. E caí. Foi esse o meu erro! O outro foi no terreno de casa. Eu pisei sem querer na mangueira. Os dois braços doeram. Doem ainda. Mas eu controlo, né!

Entrevista 15

M, 70 anos

Dados da Avaliação Gerontológica: Mora com a cuidadora e o filho. Teve várias quedas, com fraturas e escoriações.

E: A senhora tem muitas dores?

I: Tenho dor nas costas e nas pernas. As pernas doem muito, muito. De resto eu tenho uma pressão um pouco alta. Mas faço acompanhamento.

E: A senhora já apresenta essas dores há muito tempo?

I: Há, faz um dez anos!

E: De lá pra cá mudou muita coisa?

I: A limpeza eu não faço, essas coisas eu não posso fazer mais!

E: Ah, então por um lado é bom porque não precisa mais fazer isso!

I: É bom nada. Às vezes a gente tem vontade de fazer. E não consegue. Esses tempos atrás eu caí da escada, bati o joelho. O joelho até hoje me dói. Fraturei duas costelas!

E: Nossa, e a senhora nem imaginava que isso pudesse acontecer?

I: Não, porque era uma coisa que eu fazia sempre, né! Era costume! Mas o resto das coisas eu faço.

E: Então não foi tudo que deixou de fazer.

I: Sabe que eu peço a Deus pra não precisar de ninguém. Eu rezo pra que nenhum dia eu venha a cortar uma perna, ou ficar cega, e não poder fazer serviço.

E: A senhora modifica muito os móveis?

I: Não, eu limpo, tiro do lugar e coloco de novo. Desencosto só pra limpar. Não dá pra mexer muito a casa, é pequena né!

E: A senhora tem costume de acordar a noite?

I: Eu levanto toda noite pra ir no banheiro. Eu acendo a luz da escada, venho para o banheiro, acendo essa daqui. Não tem nada de escuro.

E: A senhora faz isso porque tem medo de cair?

I: Não, é que não gosto do escuro mesmo. Escuro é só quando eu morrer!

E: E de todos esses acontecimentos dos últimos tempos, o que foi que mais impactou na vida da senhora? O que deixou de fazer?

I: **O mais é a dor nas pernas. Já não dá pra andar muito como era antes.**

E: O que a senhora sente falta hoje? Há algo que gostaria de poder fazer, mas não consegue?

I: Varrer, andar muito. Já não posso mais andar no bairro.

E: A senhora já se acostumou aqui né! Tem vontade de mudar?

I: Eu tive vontade de mudar para o interior. Mas minha filha não quis que eu ficasse lá. Ela disse que aqui pelo menos ela cuida de mim. Aí pensei, pensei, e voltei embora pra cá! Eu sei que depois que a gente fica velho a gente fica no comando dos filhos, né!

Anexo II

Anexo III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento livre e Esclarecido Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Título: Representações da queda no ambiente doméstico: um enfoque na autonomia do idoso.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária no trabalho. O objetivo deste estudo é identificar quais são as percepções de risco que o idoso possui quando este sofre uma queda dentro de seu domicílio. Sua opinião é sigilosa e seu nome nuncaserá citado. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os idosos recrutados para a pesquisa, são moradores da cidade de São Paulo e fazem parte do projeto EPIDOSO, realizado no centro de estudos do envelhecimento, UNIFESP. Após a seleção preconizada pelos critérios de inclusão e exclusão, os idosos serão informados sobre a pesquisa e seus objetivos através de um telefonema. Havendo o interesse e aceite à participação, o pesquisador marcará uma entrevista na casa do idoso. A entrevista será do tipo semi-estruturada, gravada, e nela serão abordados assuntos sobre a queda ocorrida no domicílio, bem como o impacto da mesma sobre a autonomia e as percepções de risco do idoso dentro de casa. O propósito de realizar a entrevista no próprio ambiente domiciliar é de verificar "in Loco" os reais obstáculos e riscos para quedas que o lugar oferece e facilitar a descrição do fato pelo participante. Antes de iniciar os questionamentos, o idoso deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo o uso dos dados obtidos para posterior análise e interpretação dos resultados.

A principal investigadora é Lívia Pimenta Renó que pode ser encontrada no telefone (43) 9915 0447. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar - cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas. O pesquisador fica comprometido a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li

ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Representações da queda no ambiente doméstico: um enfoque na autonomia do idoso. Eu discuti com a sra. Livia Pimenta Renó sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data //

Assinatura da testemunha Data //

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo

Assinatura do responsável pelo estudo Data //