

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

VIVIAN ELIZABETH ARAUJO

**NA CORDA BAMBA DA VIDA: CAUSAS DAS QUEDAS DE IDOSOS, USUÁRIOS
DA ATENÇÃO BÁSICA, RESIDENTES EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE/RS.**

**Porto Alegre
2008**

VIVIAN ELIZABETH ARAUJO

**NA CORDA BAMBA DA VIDA: CAUSAS DAS QUEDAS DE IDOSOS, USUÁRIOS
DA ATENÇÃO BÁSICA, RESIDENTES EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE/RS.**

Dissertação desenvolvida como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2008

A sabedoria de uma nação se mede pelo valor que seu povo atribui à experiência, às lembranças e aos ideais das pessoas idosas.

(Autor desconhecido)

Dedico esta pesquisa a todos os meus sujeitos de pesquisa, a todos os idosos em geral e em especial a meus pais, fonte de minha inspiração e de meu aprendizado quanto à integridade, honestidade e respeito ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo eterno incentivo ao meu crescimento profissional, pelo apoio nas incertezas e pela noção de integridade e retidão moral.

Aos meus colegas de Mestrado e Doutorado, pela cumplicidade e pela oportunidade de um agradável convívio intergeracional; um especial agradecimento a Márcio Wagner Camatta, pela sua disponibilidade, companheirismo e ombro amigo.

Ao Paulo Fabio Pereira, pelas longas discussões e auxílio na mudança do domicílio.

Aos meus amigos do peito, pelo ombro nos momentos difíceis e de “paralisia”, em especial a Maria Beatriz Milanez, Francisco Milanez, Rejane Czermak, Margot De Nardi, Diva Siqueira, Cláudio Dias e Giselda Quintana Marques.

Aos meus filhos e André Luiz Santos da Silva pelo olhar de orgulho e incentivo nos momentos cruciais.

Aos bolsistas Juliana Pinto e Aline Marques Acosta pelo suporte tecnológico.

À professora Tatiana Engel Gerhardt, que mais do que orientadora, amiga presente e incentivadora de diferentes olhares em relação à vida, e foi co-responsável pela construção deste estudo.

À professora Marta Julia Marques Lopes, pela sua competência e experiência da pesquisa, fonte inesgotável de sugestões, com seu olhar arguto, incentivando novos caminhos e possibilidades.

Ao professor Johannes Doll, pela fundamental colaboração no campo da Gerontologia.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial a todas as professoras, por me proporcionar um ensino gratuito de qualidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo subsídio financeiro no custeio da Bolsa de Estudos.

A todos os idosos que colaboraram com a pesquisa, pela acolhida em seus lares e fonte inesgotável de experiências.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração deste trabalho, e que, por ventura eu possa ter esquecido. Com carinho.

Muito obrigado!!!

RESUMO

O crescente contingente de idosos associado à alta incidência de quedas e ao despreparo da população para o envelhecimento, juntamente com a incipiência das políticas públicas para o enfrentamento dessa real e difícil situação, serviu de motivação para este estudo, cuja relevância reside na busca de melhor compreender e dar visibilidade às causas de quedas de idosos, na perspectiva da morbidade. O objetivo deste estudo foi conhecer e compreender as causas das quedas dos idosos assistidos nos serviços de saúde de Atenção Básica de uma Região de Porto Alegre/RS, no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem de triangulação de métodos. Na abordagem quantitativa, foram identificados 96 agravos por Causas Externas, dos quais, 28 tiveram quedas. Na abordagem qualitativa foram entrevistados 13 idosos com quedas. Para coleta e análise de dados realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, genograma e diagrama de relações sociais, bem como foram fotografados os locais das quedas. A fim de sistematizar os dados quantitativos, utilizou-se o software EXCEL e na qualitativa, o NVivo 7.0 seguido do referencial de Análise de Conteúdo tipo temático. Os sujeitos entrevistados eram predominantemente mulheres, brancas, casadas, idade média de 74 anos e com baixa escolaridade, aposentados ou dependentes da aposentadoria dos cônjuges, com renda de um salário mínimo, sem renda adicional; residiam em casas de alvenaria, própria. Os relatos das causas de quedas mostraram que elas eram indissociáveis, inter-relacionadas, complexas e exigiam uma intervenção multidisciplinar, inter-setorial e uma ampla visão dos profissionais de saúde, além de uma franca negociação junto ao idoso e familiar, avaliando seu contexto e especificidade. Considera-se necessário desenvolver medidas preventivas e de controle com relação a quedas de idosos, incluindo Políticas Públicas e ações programáticas de saúde, orientadas para o espaço social e ambiental, potencialmente de maior risco de acidentes por Causas Externas, assim como, a adequação dos espaços públicos, o que deverá se constituir, sem dúvida, uma premência de nossa sociedade.

Descritores: Envelhecimento. Acidentes por quedas. Idosos. Atenção Primária à Saúde. Causas Externas. Morbidade (Porto Alegre).

RESUMEN

El creciente contingente de ancianos asociado de la alta incidencia de caídas y de la falta de preparo de la población para el envejecimiento, juntamente con la insipiente de las políticas públicas para el enfrentamiento de esa real y difícil situación, sirvió de motivación para este estudio, cuya relevancia reside en la busca de mejor comprender y dar visibilidad a las causas de caídas de ancianos, en la perspectiva de la morbilidad. El objetivo de este estudio fue conocer y comprender las causas de las caídas de los ancianos asistidos en los servicios de salud de Atención Básica de una Región de Porto Alegre/RS, en el período de febrero de 2002 a febrero de 2005. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje de triangulación de métodos. En el abordaje cuantitativo, fueron identificados 96 daños por Causas Externas, de los cuales, 28 tuvieron caídas. En el abordaje cualitativo fueron entrevistados 13 ancianos con caídas. Para recogimiento y análisis de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas, genograma y diagrama de relaciones sociales, bien como fueron fotografiados los locales de las caídas. A fin de sistematizar los datos cuantitativos, se utilizó el software EXCEL y en la cualitativa, el NVivo 7.0 seguido del referencial de Análisis de Contenido tipo temático. Las personas entrevistadas eran predominantemente mujeres, blancas, casadas, edad mediana de 74 años y con baja escolaridad, jubiladas o dependientes de la jubilación de los cónyuges, con renta de un sueldo mínimo, sin renta adicional; vivían en casas de albañilería, propia. Los relatos de las causas de caídas mostraron que ellas eran indisociables, interrelacionadas, complejas y exigían una intervención multidisciplinar, intersectorial y una amplia visión de los profesionales de salud, además de una franca negociación junto al anciano y familiar, evaluando su contexto y especificidad. Se considera necesario desarrollar medidas preventivas y de control con relación a caídas de ancianos, incluyendo Políticas Públicas y acciones programáticas de salud, orientadas para el espacio social y ambiental, potencialmente de mayor riesgo de accidentes por Causas Externas, así como, la adecuación de los espacios públicos, lo que deberá se constituir, sin duda, una opresión de nuestra sociedad.

Descriptor: Envejecimiento. Accidentes por caídas. Ancianos. Atención Primária de Salud. Causas Externas. Morbilidad (Porto Alegre).

Título: EN LA CUERDA FLOJA DE LA VIDA: causas de las caídas de ancianos, usuarios de la Atención Primaria de Salud, residentes en una Región del Municipio de Porto Alegre/RS

ABSTRACT

The growing number of elderly people, the high incidence of falls, the lack of preparation of the population to deal with aging as well as the incipiency of public policies to face such real and difficult context have been the motivation for this study, its relevance lies in the search for a broader understanding and better visibility of the causes of falls among the elderly from a morbidity perspective. The objective of this study was to learn and understand the causes of falls among the elderly assisted in Health Centers for Basic Care in a region in Porto Alegre/RS (Brazil) from February 2002 to February 2005. This is an exploratory and descriptive study adopting an approach of triangulation of methods. As for the quantitative approach, 96 injuries due to external causes were identified, 28 of which involved falls. For the qualitative approach, 13 elderly persons were interviewed. For data collection and analysis, semi-structured interviews, genograms and diagrams of social relationships were carried out. Pictures were also taken from the site of the falls. In order to systematize quantitative data, the software EXCEL was used. To systematize qualitative data, NVivo 7.0 was used following content analysis of thematic type. Subjects interviewed were predominantly white, married women with average age 74 and low educational background. They were retired or dependent on partners' pension funds. Monthly income was a minimum wage and they had no additional source of income. They lived in houses made of brick and cement of their own. Reports on the causes of falls have shown they were non-dissociable, interconnected, complex and required multidisciplinary inter-sectorial intervention and a broad view of health professionals as well as frank negotiation with the elderly and their relatives by assessing their context and specificity. It is necessary to develop measures for the prevention and control in regard to falls among the elderly population, including public policies and programmatic health actions targeted at social and environmental spaces potentially more risky to accidents by external causes. That would include the adequacy of public spaces, without a doubt, one of our society's preeminence.

Descriptors: Aging. Accidents for falls. Elderly population. Primary Health Care. External Causes. Morbidity (Porto Alegre).

Title: ON LIFE'S TIGHTROPE: causes of falls of elderly, users of Primary Health Care, persons residing in a Region in a Municipality of Porto Alegre/RS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Distribuição das causas externas entre os idosos por tipo de causa, homens.....	28
Figura 2 –	Distribuição das causas externas entre idosos por tipo de causa, mulheres.....	28
Figura 3 –	Mapa de Porto Alegre/RS, situando as regiões Lomba do Pinheiro e Partenon.....	38
Figura 4 –	Diagrama amostral da população em estudo.....	40
Figura 5 –	Distribuição dos idosos que sofreram quedas segundo o sexo, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	46
Figura 6 –	– Distribuição por sexo dos idosos entrevistados, Porto Alegre, 2008.....	54
Quadro1	Quadro 1 – Descrição dos riscos domésticos para quedas	86
Figura 7 –	Irregularidades do solo do entorno da moradia, Porto Alegre, 2008.....	88
Figura 8 –	– Irregularidade dos degraus e apoio unilateral, Porto Alegre, 2008.....	89
Figura 9 –	Entraves arquitetônicos no acesso à moradia, Porto Alegre, 2008.....	89
Figura 10 –	Entraves arquitetônicos no acesso à moradia e falta de segurança na escada, Porto Alegre, 2008.....	90
Figura 11 –	Relações conflituosas, arranjo familiar disfuncional, intergeracional, Porto Alegre, 2008.....	92
Figura 12 –	Idoso vivendo só, relações forte com filhas e frágeis com os filhos, Porto Alegre, 2008.....	93
Figura 13 –	Domicílio unigeracional, reside somente o casal, sistema funcional, Porto Alegre, 2008.....	95
Figura 14 –	Domicílio unigeracional, sistema disfuncional, Porto Alegre, 2008.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo a faixa etária, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	47
Tabela 2 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo a raça/cor, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	48
Tabela 3 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o local de ocorrência, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	49
Tabela 4 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o tipo de lesão sofrida, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	51
Tabela 5 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo os tipos de lesões especificadas pertencente aos traumas multissistêmicos, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	51
Tabela 6 -	Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o local de atendimento, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.....	52
Tabela 7 -	Distribuição por faixa etária dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	55
Tabela 8 -	Distribuição por estado civil dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	57
Tabela 9 -	Distribuição da escolaridade dos sujeitos entrevistados –	

	Porto Alegre, 2008.....	58
Tabela 10 -	Distribuição da profissão/ocupação dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	59
Tabela 11 -	Distribuição da renda familiar dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	61
Tabela 12 -	Distribuição de outras rendas dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	62
Tabela 13 -	Distribuição da aposentadoria dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	62
Tabela 14 -	Distribuição da dependência financeira dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	64
Tabela 15 -	Distribuição do número de cômodos da residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	65
Tabela 16 -	Distribuição do número de quartos da residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	65
Tabela 17 -	Distribuição do número de pessoas na residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	66
Tabela 18 -	Distribuição da dependência de cuidados dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	67
Tabela 19 -	Distribuição das doenças crônicas e/ou incapacidades dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.....	68

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AC – Agente Comunitário

AVD – Atividade de vida diária

AIVD – Atividade instrumentais da vida diária

APQV – Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida

CEs – Causas Externas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DM – Diabete Mellitus

EENF – Escola de Enfermagem

EI – Estatuto do Idoso

GESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIs – Membros inferiores

Nº – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PS – Posto de Saúde

PA – Pronto atendimento

PALP – Pronto atendimento da Lomba do Pinheiro

PSF – Programa saúde da família

POA – Porto Alegre

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Repercussões do envelhecimento populacional no Brasil.....	20
2.2 Envelhecimento, Políticas Públicas e a Saúde.....	22
2.3 O Envelhecimento e as Causas Externas de Morbimortalidade.....	24
2.4 Quedas, envelhecimento e apoio social.....	27
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo Geral.....	35
3.2 Objetivos Específicos.....	35
4 TRAJETÓRIA DE INVESTIGAÇÃO	36
4.1 Pressupostos Metodológicos	36
4.2 Campo do Estudo	37
4.3 População em Estudo	39
4.4 Método de coleta de dados	40
4.5 Análise dos dados.....	43
4.6 Aspectos Éticos.....	44
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	45
5.1 Perfil sóciodemográfico e epidemiológico de idosos que sofreram quedas e foram registrados no Observatório de Causas Externas.....	45
5.2 – Caracterizações dos sujeitos da pesquisa.....	53
5.2.1- CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS.....	54
5.2.2- CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS.....	58
5.2.3-CARACTERÍSTICAS REFERENTES AOS CUIDADOS E COMORBIDADES DOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....	67
5.3 Identificando e compreendendo as causas das quedas.....	70
5.3.1 DETERMINANTES MULTIFATORIAIS DAS QUEDAS.....	80
5.3.2 LIMITAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	82
5.3.3 INÚMERAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS, DOMÉSTICAS E DE INFRA-ESTRURAS PÚBLICAS.....	85

5.3.4 DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Informado.....	116
APÊNDICE B - Guia de Entrevista.....	117
ANEXO A - Folha de registro de ocorrência de agravos.....	119
ANEXO B – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa...	120

1 INTRODUÇÃO

A longevidade da população é um fenômeno mundial, com importantes repercussões nos campos demográfico, social e econômico. Nunca houve, na história da humanidade, tanta chance de envelhecer. Na segunda metade do século XX, nenhuma faixa etária cresceu tanto quanto a dos idosos. Autores como Veras (2001) referem que, no Brasil, enquanto a população geral cresce em cinco vezes, o grupo de idosos estará se ampliando em dezesseis vezes, num período de 70 anos (1950 a 2020).

O contingente dos brasileiros com idade a partir de 60 anos já se aproxima dos 18 milhões de cidadãos, ou seja, cerca de 10% da população (VENTURI; BOKANY, 2007).

O crescente contingente de idosos, acrescido ao despreparo da população em geral para o envelhecimento, juntamente com a incipiência das políticas públicas para o enfrentamento dessa real e difícil situação, serviu de motivação para a busca de novos conhecimentos e possíveis práticas de enfermagem que oportunizem e inspirem o idoso a investir na qualidade de vida.

A aproximação com o tema envelhecimento ocorreu pela participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GESC) e inserção no projeto do Ambulatório de Promoção e Qualidade de Vida (APQV) do Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Essa preocupação é advinda da minha prática assistencial como enfermeira, atuando com os idosos no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e também em consultas de enfermagem destinadas a essa faixa etária.

O Projeto do APQV refere-se a uma pesquisa-desenvolvimento que visa à intervenção de práticas de enfermagem, tendo como atividade principal a consulta de enfermagem, na promoção da qualidade de vida de idosos portadores de danos crônicos degenerativos ou de longa duração. Durante o primeiro ano do Curso de Mestrado realizei consultas de enfermagem no Centro de Saúde Vila dos Comerciários inserida nesse projeto e fazendo o vínculo universidade/serviço/comunidade.

Essa experiência fez com que houvesse a aproximação com esse objeto de pesquisa e propiciasse o aprofundamento neste tema instigante que é o

envelhecimento e particularmente sua relação com a morbidade por causas externas. Esta perspectiva aproximou-me de outro projeto de pesquisa denominado Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde do Município Porto Alegre, cuja inserção também ocorreu no primeiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRGS. Esse projeto base tem por objetivo construir e qualificar um sistema de informação sobre morbidade relativa aos agravos por Causas Externas e consolidar o Observatório de Causas Externas da região da Lomba do Pinheiro/Partenon, por meio dos atendimentos aos usuários dos Serviços de Atenção Básica de Saúde. A relevância da proposta do Observatório de Causas Externas é dar visibilidade as morbidades, possibilitando aos profissionais de saúde intervir precocemente nos agravos, além de permitir reflexões para minimizar os impactos relacionados às Causas Externas (LOPES, 2005/2007).

As causas externas de morbidade e mortalidade têm como definição um conjunto de agravos à saúde que podem ser chamados de causas não naturais e, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (2002), são definidas pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e se dividem em intencionais e não intencionais. Dentro deste conjunto, optou-se por fazer um recorte geracional para melhor conhecer e compreender as quedas de idosos, pertencentes às causas não intencionais.

Observa-se a grande relevância do tema causas externas, no contexto atual da saúde, não só no que diz respeito à mortalidade, mas também com relação à morbidade, que tem causado grande impacto à saúde pública e à sociedade, sobretudo em uma faixa etária onde os efeitos podem gerar transformações importantes, tanto para a população que envelhece, quanto para as políticas públicas.

Os idosos representam cerca de 20% da população total mundial e estima-se que esse contingente aumente para 29% em 2025 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2004). No Brasil, a população idosa é o grupo que apresenta as taxas mais elevadas de crescimento, resultantes da alta fecundidade prevalente no passado, comparativamente à atual, e da redução da mortalidade em idades avançadas. Em decorrência dessas condições, o Brasil foi considerado um país de jovens, até pouco tempo atrás; contudo, dentro dos próximos 25 anos, projeta-se sua colocação no 6º lugar no contingente populacional de idosos, no mundo (CAMARANO, 2007; SILVA, 2005).

Os dados acima mencionados, por si só, falam da relevância dos estudos e pesquisas sobre o envelhecimento populacional. Camarano *et al.* (2005) esclarece que, do ponto de vista da “dependência” da população idosa, há fatores que merecem ser destacados: as condições de saúde, autonomia funcional e a renda, no caso da perda da capacidade laboral. Esta última pode ser compensada por políticas de Seguridade Social. Ainda segundo esta autora, os óbitos por causas externas entre os idosos decorrem, principalmente, dos acidentes de transporte e das quedas. Nesse sentido, ressalta-se a precariedade das informações disponíveis nas estatísticas oficiais e nos Serviços Públicos de Saúde.

É muito significativo o impacto que a mortalidade por causas externas representa no quadro geral da mortalidade, pois ela é considerada um grande problema de saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil. Isto, sem serem avaliados os custos para o Sistema de Saúde e para a sociedade, no que se refere aos “sobreviventes”, que exigem tratamento intensivo de alta complexidade, especializado e de reabilitação. Com o envelhecimento, a recuperação e a reabilitação dos danos sofridos é muito lenta e gera um custo hospitalar e ambulatorial maior, pelo tempo de internação e, muitas vezes, pela necessidade de solicitação de aposentadoria precoce devido à incapacidade funcional gerada pelos acidentes, nos quais estão incluídas as quedas.

Assim, o foco desta dissertação centra-se nas causas das quedas de idosos, procurando identificar se reside na debilidade física decorrente do envelhecimento, no fator ambiental em que se encontra o idoso ou no seu contexto social, mais especificamente, na presença ou ausência de rede de apoio social.

As causas de quedas podem ser oriundas de problemas físicos, decorrentes do processo natural do envelhecimento, acrescidos de agravos posteriores às doenças crônicas degenerativas, as quais se denominam causas intrínsecas. As quedas também podem ser causadas por fatores extrínsecos, tais como ambientais e sociais (FABRÍCIO, RODRIGUES E COSTA JÚNIOR, 2004).

Um futuro desafio para os países em desenvolvimento será o enfrentamento das altas taxas de morbidade e incapacidades resultantes de enfermidades infecciosas, das doenças crônico-degenerativas e das advindas das quedas. Essas são algumas das morbidades características das sociedades que envelhecem.

Em seu artigo sobre violência contra idosos, Minayo (2003) refere que, no conjunto das violências, as que mais vitimaram os idosos, no período de 1980 a

1998 foram os acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios, sendo que as quedas representaram um crescimento proporcional de 13% para 16% do total de mortes. A autora ressalta, ainda, que as quedas, como causa específica, tornam-se relevantes nessa população, pois os dados levantados são relativos à mortalidade e não à morbidade. Nesse mesmo estudo, a cidade de Porto Alegre aparece na sexta posição de mortalidade por causas externas.

Quanto aos índices estatísticos de morbidade, decorrentes de violência, por exemplo, a invisibilidade das ocorrências de causas externas não significa a ausência do fenômeno; ao contrário, denota, muitas vezes, o despreparo de profissionais e do sistema de registro, bem como, dos constrangimentos experimentados pela vítima, no que se refere ao ato de denunciar (CAMARANO *et al.*, 2005). Essa situação também pode ser aplicada à geração de idosos, o que amplia a necessidade de desenvolver estudos que tenham como proposta melhor compreender e dar visibilidade às causas de quedas de idosos.

Após as discussões nas diversas disciplinas do Mestrado e nos encontros do núcleo de pesquisa GESC ampliou-se o olhar para a compreensão de elementos do cotidiano dos idosos, conhecendo e contextualizando suas condições e situações de vida. A partir desse olhar mais amplo, tentou-se levar em consideração tanto os determinantes materiais, quanto os mecanismos de regulação e perturbação da saúde que são de origem social e cultural, bem como o papel das relações sociais e as conseqüências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais e à estruturação dos sistemas de assistência e de cuidados em saúde (GERHARDT, 2000).

Assim, este estudo direciona o foco a um dos grupos mais frágeis da população, já que estão mais propensos aos condicionantes sociais e econômicos que interferem no processo saúde/doença, e que determinam maior atenção e investimento em políticas públicas, como é o caso dos idosos, principalmente aqueles que já sofreram quedas, por estarem mais fragilizados e vulneráveis.

Nesse sentido, e conforme o que foi referido anteriormente, a proposta desta pesquisa de investigar as causas de quedas de idosos residentes em uma Região de Porto Alegre, pretende subsidiar, por meio do conhecimento, práticas assistenciais e de promoção à saúde que visem à prevenção e à minimização dos danos decorrentes das quedas e possibilitem a autonomia e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Esta dissertação está estruturada a partir desta introdução, na qual se apresentam a temática e as influências na sua escolha. O capítulo seguinte aborda o referencial teórico e a construção da problemática em estudo. Na seqüência estão descritos os objetivos, os procedimentos metodológicos, e os resultados encontrados. Em um primeiro momento, são apresentados os dados extraídos do Banco de Dados do Observatório de Causas Externas e, após, a análise das entrevistas, bem como um paralelo com a bibliografia pesquisada. Seguem as considerações finais, a bibliografia e, por fim, os apêndices e anexos que encerram esta dissertação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Repercussões do envelhecimento populacional no Brasil

Um fenômeno do nosso tempo que vem desafiando os conhecimentos acumulados pela ciência é o envelhecimento populacional; nunca, na história da humanidade, houve tantas pessoas que viveram tanto, o que nos coloca diante de novas formas de lidar com a vida e de promover a saúde.

Mundialmente, o contingente de pessoas com idade de 60 anos ou mais tem crescido rapidamente, mas, no Brasil, esse índice tem sido alarmante. Conforme citou-se na introdução deste estudo, as projeções indicam que num período de 70 anos (1950 a 2020), enquanto a população brasileira estará crescendo 5 vezes, o grupo de idosos estará se ampliando em 16 vezes. Nesse mesmo período, os idosos dos Estados Unidos, Japão e China, estarão crescendo, respectivamente, apenas 3,5, 5 e 6,5 vezes (VERAS, 2001).

Dados fornecidos pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) mostram que existem, no mundo, cerca de 605 milhões de pessoas idosas, ou seja, de 60 anos ou mais, dos quais 400 milhões vivem em países em desenvolvimento. Projeta-se para 2025 um contingente de um bilhão e 200 milhões de idosos, dos quais 840 milhões também são pertencentes aos países em desenvolvimento (OPAS, 2004).

Vê-se, portanto, que o processo de envelhecimento vem se manifestando de forma distinta entre os diversos países do mundo. Nos países desenvolvidos esse processo se deu de forma lenta, enquanto, no Brasil, caracteriza-se pela rapidez com que o aumento das populações adulta e idosa vem modificando a pirâmide populacional. A resultante deste fenômeno conhecido como a “retangularização” da pirâmide populacional, levará à progressiva aproximação do percentual de jovens e idosos na composição etária da população, verificada em muitos países desenvolvidos. Porém a expectativa média de vida para a humanidade deve aumentar consideravelmente, neste século, principalmente naqueles em desenvolvimento (JACOB FILHO, 2006).

Diante do exposto, antes de se configurar na retangularização, acredita-se que as repercussões demográficas tendem a levar a transformação da pirâmide populacional a um formato de ampulheta, pois a população jovem terá o mesmo contingente populacional dos idosos, havendo um estrangulamento, na faixa central, relativo aos adultos jovens, faixa etária em que ocorre o maior índice de mortalidade por causas externas.

No campo econômico, a predominância entre os idosos é de aposentados, entre os quais 80% são homens e 56%, mulheres. Contudo, apesar de o idoso se aposentar, segue trabalhando para aumentar sua renda, o que pode significar, não só elevação de renda, como autonomia física e mental. Os idosos são responsáveis por uma importante contribuição para a renda familiar. No sexo masculino a contribuição aumentou de 52,5%, em 1983, para 65,2%, em 2003, e a feminina aumentou de 41,6% para 59,6%, no mesmo período (CAMARANO *et al.*, 2005).

Esta autora esclarece, ainda, que o envelhecimento é um processo dinâmico que pode (mas nem sempre) envolver perdas no plano biológico, sócioafetivo e político, que traz vulnerabilidades, diferenciadas por gênero, idade, raça, grupo social, regiões geográficas, entre outras variáveis. Tais vulnerabilidades são afetadas pelas capacidades básicas (o indivíduo nasce com elas), pelas adquiridas ao longo da vida (facilidade/ dificuldade de acumulação de capital humano, social, etc) e pelo contexto social em que os indivíduos se encontram.

Do ponto de vista da “dependência” da população idosa, há dois fatores que merecem ser destacados: as condições de saúde e autonomia funcional e a renda, no caso da perda da capacidade laboral. Esta última pode ser compensada pelas políticas de Seguridade Social.

Dentro dessa perspectiva aponta:

Os idosos brasileiros de hoje experimentaram grande parte de sua vida ativa em um momento mais favorável da economia, o que lhes permitiu um emprego estável e formal bem como a aquisição de casa própria. Tal processo ocorreu paralelamente à expansão da cobertura da Seguridade Social. Pode-se dizer que atualmente parte do contingente idoso apresenta taxas de vulnerabilidade e dependência enquanto outra parte está desempenhando um papel importante na família e na sociedade. Ou seja, pode-se dizer que esse é um segmento formado tanto por pessoas em situação de dependência quanto por provedores. A família, como uma das principais instituições de suporte para os grupos vulneráveis, tem unido os dois segmentos (CAMARANO *et al.*, 2005 p.10).

O envelhecimento tem repercussões na dinâmica familiar e social. Autores como Araújo *et al.* (2006) apontam que os idosos podem ser vistos por alguns segmentos da sociedade como um fardo social e também econômico, devido ao afastamento do mercado de trabalho, mas também pela própria prevalência aumentada de doenças crônico-degenerativas e pelo risco maior de incapacidades.

Como contraponto Nery (2007) cita que ocorreram várias mudanças em costumes relativos ao bem-estar, à estética e ao comportamento. O velho de hoje não segue mais o modelo de seus pais ou avós e se descreve como satisfeito com a vida. Isto é positivo para a construção social da velhice, pois sinaliza que há outras formas de envelhecer.

Tendo em vista o crescimento populacional dessa faixa etária e a necessidade de produzir conhecimentos sobre esse processo, a Organização Mundial da Saúde, em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento, utilizou a abordagem cronológica de 60 anos ou mais para definir os idosos. Sem que se tenha uma clara noção sobre o processo natural do envelhecimento, que é um fenômeno universal, progressivo e sistêmico, torna-se difícil programar ou atuar junto aos idosos; cabe a nós, estudiosos do assunto, clarificar e viabilizar soluções que lhes proporcionem qualidade de vida.

2.2 Envelhecimento, Políticas Públicas e a Saúde

Frente ao fenômeno do envelhecimento populacional é necessária a construção de políticas públicas dirigidas a essa faixa etária. Em âmbito internacional, como exemplo desta preocupação, aponta-se que na II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madrid, a Organização das Nações Unidas definiu o plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, no qual são destacados, como objetivos, que: os idosos possam desfrutar plenamente de seus direitos humanos, envelheçam de forma segura e fora do alcance da pobreza, participem integralmente da vida econômica, política e social e tenham a possibilidade de realização em sua idade mais avançada. O documento enfatiza, ainda, a necessidade de eliminação da violência e da discriminação, a igualdade de sexos, a importância vital da família, a assistência médica e a proteção social das pessoas idosas (ABREU FILHO, 2004).

Atualmente, no Brasil, no campo das políticas públicas, conta-se com o decreto 1.946/96 regulamentando a lei 8.842/94 pela qual foi estabelecida a Política Nacional do Idoso (PNI). Esses marcos legais definem a idade de 60 anos como início do período convencionado como terceira idade.

Em 2003, o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, onde são definidas medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior aos sessenta anos. Nesse projeto são regulamentados os direitos dos idosos, determinadas as obrigações às Entidades assistenciais, estabelecidas penalidades para diversas situações de desrespeito aos idosos, além de serem atribuídas uma série de competências e responsabilidades ao Ministério Público (BRASIL, 2003).

Vale destacar, neste projeto, o artigo 2º do Estatuto, pois nele está contida a sua essência, qual seja a proteção integral para que o idoso tenha “todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social, em condições de liberdade e dignidade”. Ainda adiante, no artigo 3º, está determinado que seja obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, “com propriedade absoluta, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar”, significando dizer que sempre deverá prevalecer o interesse do idoso, priorizando-se seu atendimento (ABREU FILHO, 2004, p.12)

Consta no Estatuto, a garantia ao idoso de atendimento preferencial imediato e individualizado, junto aos Órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, priorizando-se o atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do acolhimento asilar. Entre outros direitos, são assegurados aos idosos a preferência de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e remédios gratuitos¹, especialmente os de uso continuado, sendo que os planos de saúde são impedidos de reajustar as mensalidades, de acordo com o critério da idade (ABREU FILHO, 2004).

A realidade dos países em desenvolvimento, em particular do Brasil, difere do cenário das sociedades desenvolvidas quanto à política que atenda às necessidades

¹ Art. 196, da Constituição Federal. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

dos idosos. A realidade brasileira está muito aquém dos objetivos enfatizados pela Organização das Nações Unidas. Observa-se a exclusão social do idoso economicamente menos favorecido, em função das aposentadorias irrisórias, da dificuldade de acesso a bens culturais e de saúde e da perda de papéis sociais (SILVA, 2002). No Rio Grande do Sul a realidade de exclusão do idoso ocorre de forma semelhante ao contexto nacional.

Autores como Chamé (2002) e Araújo *et al.* (2006), com os quais se concorda, advogam que a saúde contempla as condições vivenciadas pelo corpo do indivíduo e seu nível de qualidade de vida. Eles vêem a doença como resultante do desinteresse pelos determinantes socioeconômicos, originando indivíduos doentes que são frutos de exclusão e exploração.

Araújo *et al.* (2006) salientam que o termo exclusão mostra-se insuficiente para definir um processo dinâmico que não se limita ao afastamento dos meios produtivos, mas envolve a não participação em redes e sistemas de proteção social. Propõem que um suporte social, acrescido da promoção de saúde, tanto ao nível macro (políticas públicas), quanto no núcleo familiar, deve ser estruturado e viabilizado de modo a suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida. Deste modo a presença de redes de apoio, acesso aos Serviços de Saúde, suporte financeiro digno, moradias adequadas e transporte de qualidade são alguns elementos necessários à construção de uma melhor condição de vida.

Como estratégias de reversão desse quadro, alguns autores, tais como Silva (2002) e Silva (2005) recomendam que qualquer país interessado em formular políticas sociais para o envelhecimento poderá atuar nas seguintes Áreas: Promoção e Assistência Social, Educação, Saúde, Trabalho e Previdência Social com ações voltadas para a convivência intergeracional, lazer e atividades comunitárias.

2.3 O Envelhecimento e as Causas Externas de Morbimortalidade

Recentes pesquisas reconhecem a velhice como uma nova fase do desenvolvimento humano e como a oportunidade social de trazer novas perspectivas para a população em geral (MATHIAS; MELLO JORGE; ANDRADE, 2006).

Lopes (2005) vai além, em suas reflexões, quando enfatiza que:

Encaro o envelhecimento como uma conquista da humanidade e não um problema. A questão não se restringe somente à área da saúde e sim a toda sociedade. Trata-se de garantir o exercício de cidadania e os direitos humanos, como restituição de dignidade, responsável pela qualidade de vida e inclusão social dessa população.

Considerando que 80% da população idosa, no Brasil, mesmo tendo sua saúde preservada, estão expostos aos acidentes e violências, torna-se relevante a realização de estudos sobre agravos de morbimortalidade, conseqüentes das causas externas (MATHIAS; MELLO JORGE; ANDRADE, 2006).

As causas externas, também chamadas “causas não naturais”, são definidas pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) como sendo aqueles agravos à saúde que ocasionam morbidade ou mortalidade, por causas intencionais ou causas não intencionais/ acidentais. As quedas, envenenamentos, acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos e outros acidentes, são classificados como causas acidentais; já as agressões e lesões autoprovocadas são consideradas causas intencionais (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

As causas externas apresentam grande relevância no contexto atual, não só pelo grande impacto na morbimortalidade, em todo mundo, mas também pelo caráter súbito e inesperado que assumem, e pelo fato de incidirem particularmente em parcela jovem da população. Elas constituem um risco importante ao desenvolvimento do processo vital humano, pois apresentam grande potencial ameaçador da vida, alterando a saúde, levando à morte, doenças ou seqüelas (AGUDELO, 1990).

É importante destacar que as causas externas ocupam o terceiro lugar dentre as causas de mortalidade, no Brasil, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e neoplasias (BRASIL, 2002). Em 1999, os óbitos chegaram a 116.894, ou seja, 71 óbitos por cem mil habitantes, com uma sobremortalidade masculina mais acentuada entre os jovens. Na Região Sul há um predomínio da mortalidade causada por acidentes de transportes, enquanto nas Regiões Norte, Nordeste e Sudeste as primeiras causas são os homicídios e no Centro-Oeste há um equilíbrio entre esses dois tipos (BRASIL, 2002). No Rio Grande do Sul, segundo Sant’Anna (2000), há subnotificação dos homicídios e das causas externas, de forma geral.

Observa-se, então a grande relevância epidemiológica das causas externas no contexto atual da saúde, não só no que diz respeito à mortalidade, mas também com

relação à morbidade, o que tem causado grande impacto à saúde pública e à sociedade.

Os acidentes, dos quais as quedas fazem parte, têm provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população brasileira e são considerados um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência (SANT'ANA, 2000; BRASIL, 2002; SANT'ANA; LOPES, 2002; LEAL; LOPES, 2005; MINAYO, 2003; VERONESE, 2004).

Na cidade de Porto Alegre, pode se referir que houve uma iniciativa local com a implementação do Observatório de Causas Externas em novembro de 2001, a partir de uma oficina desenvolvida pela Prefeitura de Porto Alegre, na qual o tema foi a magnitude das Causas Externas na morbidade desta cidade. Desde o início de 2002, um grupo de profissionais se engajou no desenvolvimento de um formulário de registro para construir uma base de dados de vigilância nas Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Pronto Atendimento, na área de abrangência da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon do município de Porto Alegre. Com essa base buscavam detectar as ocorrências locais, o tipo de ocorrência, o perfil das vítimas, os fatores ambientais mais agressivos, a gravidade das lesões e a localização espacial das ocorrências.

Com o desenvolvimento dessa proposta, iniciou-se a parceria Serviço/Universidade e buscou-se avançar no processo de construção, síntese e análise dos dados obtidos nos serviços, proporcionando a integração com a pesquisa acadêmica, no sentido de desenvolver conhecimento sobre a prática em saúde coletiva.

O setor Saúde tem enfatizado rotineiramente os agravos de que se conhecem as causas e efeitos, tornando um desafio abordarem esse fenômeno com implicações em terrenos desconhecidos. Essa perspectiva abrangente de atuação sinaliza mudanças nos ambientes, estruturas e nas rotinas de trabalhos adotados nos Serviços de Saúde (MOURA; REICHENHEM, 2005; COCCO, 2007).

Diante da magnitude dos indicadores de morbimortalidade derivado das causas externas e da necessidade de os Serviços de Saúde atuarem nesse contexto, dando maior visibilidade ao fenômeno como um problema de saúde pública, foi criada, a portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001, onde é tratada a política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência que se propõe a contribuir com o setor Saúde. Desse modo:

Adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violências que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade como polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde – SUS, entre outros (BRASIL, 2002, p. 7).

Em 2002, contabilizou-se apenas um caso de morte por negligência ou abandono de idosos em todo País (CAMARANO, 2005), o que reforça a precariedades das informações e particularmente as dificuldades em definir a relação de causalidade em se tratando de eventos relacionais.

2.4 Quedas, envelhecimento e apoio social

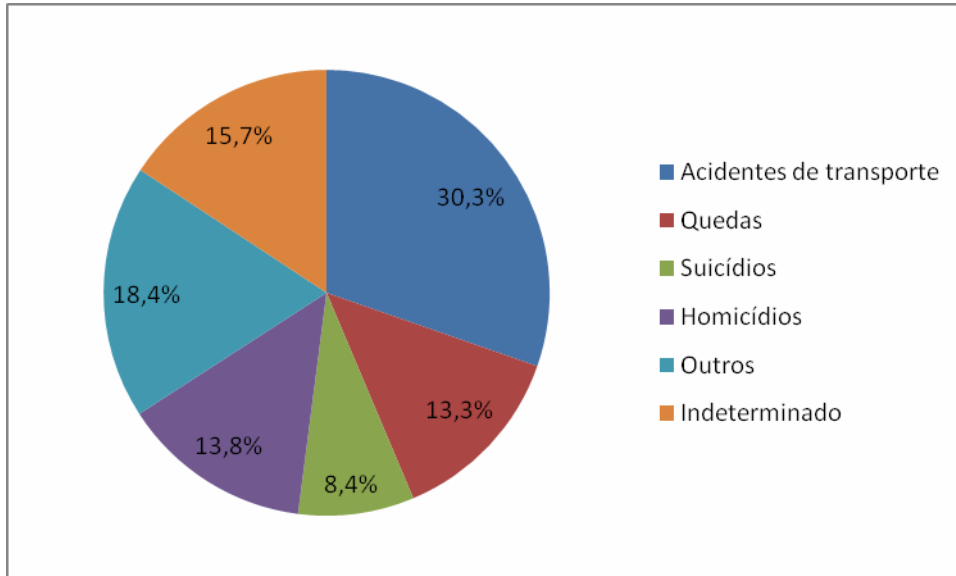
Segundo recentes estudos, a morbidade por causas externas tem perfil diverso. Entre as lesões, destacam-se as fraturas, relacionadas especialmente com quedas e acidentes de transporte (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO JORGE, 2004).

Durante a fase do envelhecimento, fatores biológicos podem influenciar a forma como transcorre esse processo, entre os quais existem as quedas que, segundo a (CID-10), são consideradas causas externas. Atualmente, este tema tem sido muito valorizado pela Gerontologia e servido de fonte de preocupação de pesquisadores, principalmente quando, corriqueiramente, as pessoas denominam essa ocorrência como sendo natural e própria do processo de envelhecimento.

Estudos internacionais (PAYNE *et al.*, 1992) e nacionais (SOUZA *et al.*, 2001; MINAYO, 2003) referem que os acidentes de trânsito e de transporte são a principal causa específica de morte de idosos, e as quedas, os tipos de agravos que levam à internação desse grupo populacional e os mais importantes motivos de sua demanda aos Serviços de Emergência. Souza *et al.* (2001) ressaltam a existência de uma razão de três quedas não-fatais para cada queda fatal.

Os óbitos por causas externas entre idosos, também de acordo com Camarano (2005), acontecem principalmente como consequência dos acidentes de transporte e das quedas, sendo que o número de óbitos masculinos por acidentes

de transporte é duas vezes mais elevado do que o causado por quedas. Este fato pode ser visualizado na figura 1.

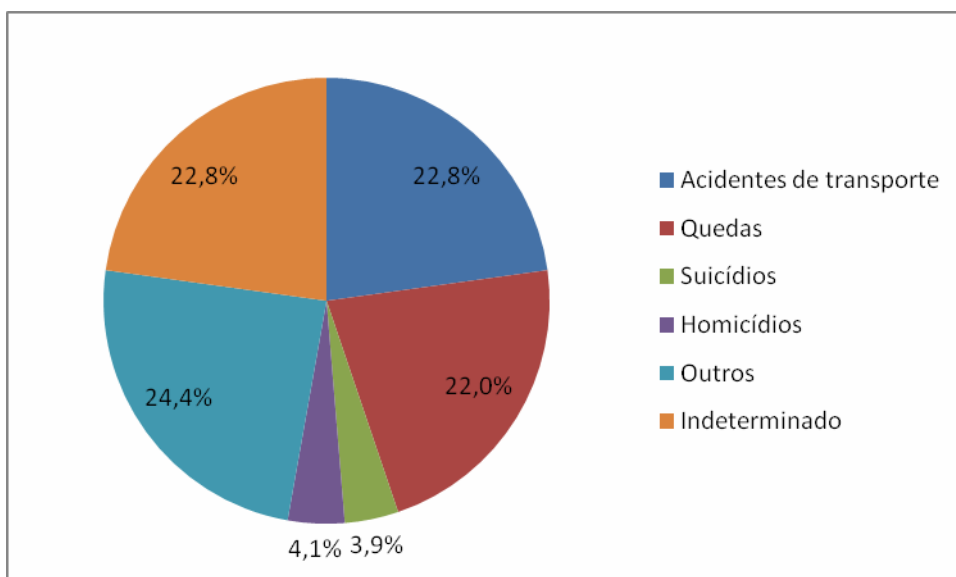


Fonte: Ministério da Saúde (SIM), *In* Camarano, 2005.

Figura 1 - Distribuição das causas externas entre os idosos por tipo de causa, homens – Brasil, 2002.

Nos homens, os percentuais de homicídios são semelhantes ao das quedas.

Já na distribuição por tipo de causas entre as mulheres idosas, a taxa de quedas é quase idêntica à dos acidentes de transporte, ficando na faixa dos 22%, como pode ser observado na figura 2.



Fonte: Ministério da Saúde (SIM), *In* Camarano, 2005.

Figura 2 - Distribuição das causas externas entre os idosos por tipo de causa, mulheres – Brasil, 2002.

Constata-se que, entre as mulheres, os percentuais de suicídios e homicídios são inferiores aos dos homens. Ressalta-se o enorme percentual de indeterminados e outros, na distribuição de causas externas, tanto nos homens quanto nas mulheres.

Concorda-se com Camarano (2005) quando aponta, ainda, a precariedade das informações, na medida em que os óbitos por causas ignoradas representam quase 20% do total de causas externas registradas no País.

Estudos recentes que abordam a morbimortalidade nos idosos por causas externas, realizados na Região Sul ressaltam que as quedas, atropelamentos e outros acidentes de transporte são as causas mais freqüentes. O coeficiente de mortalidade no sexo masculino é maior por atropelamento e no feminino, por quedas.

Autores como Fabrício; Rodrigues e Costa Junior (2004, p.97) referem que as causas de quedas:

Podem ser variadas e estarem associadas. Os fatores responsáveis por elas têm sido classificados na literatura como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças e efeitos causados por uso de fármacos, e como extrínsecos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso, principalmente àqueles que já apresentam deficiência de equilíbrio e marcha....[] Geralmente, idosos não caem por realizar atividades perigosas e, sim, atividades rotineiras.

Neste estudo optou-se por trabalhar com a definição estabelecida por esses autores que classificam as quedas como eventos multifatoriais e heterogêneos, subdividindo-os em **causas biológicas** (que são as alterações físicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as quais se denominam de fatores intrínsecos para o risco de quedas), **causas ambientais** (que se pode exemplificar como: falta de calçamento; escada sem apoio; piso irregular, terreno íngreme; declive ou desnível sem proteção e falta de estrutura na moradia, na literatura são denominadas de barreira arquitetônicas) e as **causas sociais** (atribuídas implicitamente às condições socioeconômicas).

As causas biológicas e ambientais remetem, portanto, às condições de vida e de saúde em que se encontram os idosos e são mais facilmente perceptíveis,

identificáveis e passíveis de ações e intervenções concretas imediatas uma vez identificadas. Já as causas sociais remetem às situações de vida, que, segundo Gerhardt (2007, p. 290) “coloca ênfase sobre a posição singular que ocupa o indivíduo, uma família, uma comunidade – conforme o nível de análise adotado - em relação a esse universo referencial. Tal posição é o resultado de uma interação permanente entre as “condições” existentes em certo momento e o desempenho dos atores sociais, quer eles as aceitem sem reagir – às vezes sem ter consciência da sua existência – quer eles tentem modificá-las ou, mais freqüentemente, interpretá-las, resistir-lhes, aproveitar as suas contradições e os espaço que elas deixam para desenvolver iniciativas e inovações”. A autora reforça ainda que “esta noção recupera a utilização que os atores sociais fazem de suas condições materiais e imateriais (de acordo com as percepções construídas, das adversidades materiais e imateriais às quais os atores sociais estão submetidos, enquanto recompõem e reinterpretam estas adversidades)” (GERHARDT, 2007, p.298).

Neste sentido, e tentando melhor compreender as causas sociais das quedas dos idosos, optou-se por considerar como causa social a falta ou inadequação das redes sociais, apoio social e arranjos familiares, na perspectiva da imaterialidade.

Alguns autores, dentre os quais, Valla (1999, 2000) definem o apoio social como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem, o que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, permitindo que ambas as partes tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

Entretanto, para outros autores o apoio social é um conceito em construção e é composto de estrutura e função, com aspectos e fenômenos distintos. A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo entre as pessoas. O apoio social envolve a rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa com esse apoio social que usufrui (PINTO *et al.*, 2006).

A diferença entre rede social e suporte social é que a primeira pode ser definida como um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pela pessoa que as recebe (PINTO *et al.*, 2006).

Para Araújo *et al.* (2006) o suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio de redes de

apoio (família, amigos e comunidade) ou, mediante a construção e viabilização de políticas públicas. Ou seja, suporte social abrange políticas e redes de apoio que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente aquelas em situação de exclusão.

Para a compreensão dos arranjos familiares, passa-se à definição de família. A palavra família deriva do latim “famulus”, que significa escravo, servente. A estrutura familiar, para todas as pessoas e para qualquer idade, constitui a plataforma a partir da qual pode-se aspirar a uma vida plena de sentido. Do mesmo modo, as famílias de 50 anos atrás tinham mais descendentes do que as atuais, e por isso contavam com mais membros dispostos a cuidar dos idosos, esses ao morrer mais jovens, não dependiam tanto dos filhos. Hoje, o idoso contando com menos familiares a quem possa recorrer, vive mais, talvez possua menos recursos econômicos e necessita de mais ajuda, durante mais tempo (FLORES, NASCIMENTO e CRUZ, 2000).

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Dentre as várias teorias que buscam conceituar e explicar a estrutura familiar destaca-se a Teoria Sistêmica, pela qual as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, em ganhos e perdas, distribuição de poder de cada um dos seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações, sistema este que sofre modificações, com o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo (BRASIL, 2006).

Todos os membros familiares desempenham tarefas e assumem papéis para que o sistema familiar seja funcional. Dentre tantas funções e papéis, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O prover, originalmente é um papel do gênero masculino, está ligado ao sustento, poder de compra, às possibilidades e oportunidades da família, na sociedade capitalista. O cuidar originalmente é um papel do gênero feminino, está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constantes, esses papéis estão em profunda transformação na nossa sociedade, e que hoje, não são distinguíveis entre a mulher e o homem (BRASIL, 2006).

O funcionamento familiar nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de diversas doenças, em especial nos idosos, quando, aos

poucos, perdem funções previamente definidas. Os Sistemas Familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais.

No sistema funcional, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas com estabilidade emocional, gerenciando-os com recursos próprios e resolvendo o problema instalado de forma adequada. Já os sistemas disfuncionais são aqueles nos quais não há comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema, por parte de seus membros, que costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo, não assumindo seus papéis dentro do sistema (BRASIL, 2006).

Em relação ao sistema disfuncional, os vínculos afetivos, em geral, são superficiais e instáveis e o grau de agressividade e hostilidade pode ser observado entre os membros do grupo, mesmo que não abertamente colocados. Com relação às pessoas idosas, nas situações conflituosas, pode ser observado o isolamento ou a institucionalização do mesmo, como solução do problema (BRASIL, 2006).

Quando investido da posição de mantenedor da família, o idoso ainda consegue obter prerrogativas importantes como indivíduo, como cidadão. Por outro lado, aqueles que por doença ou precários recursos econômicos se tornam totalmente dependentes da família, enfrentam diversas situações constrangedoras, como o descaso e o desrespeito (FLORES, NASCIMENTO e CRUZ, 2000).

Em meio a essas considerações, a família é uma organização social complexa, um microcosmo da sociedade, onde se vivem as relações primárias e se constroem os processos identificatórios. Também se apresenta como espaço, no qual se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases do poder. Enfim, considera-se espaço do afeto e ao mesmo tempo do conflito e das contradições (MINAYO *et al.*, 1999).

A dimensão da sociabilidade, que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade, comportam indicadores relevantes para qualificar a condição de saúde da população idosa (ARAUJO; ALVES, 2001).

A temática sobre a compreensão e entendimento da prevalência de quedas dos idosos é um estudo atual, apontado como relevante pelos gerontólogos e sugerido, em estudos anteriores, para aprofundamento.

Diante do aumento da expectativa de vida, do vertiginoso crescimento populacional dos idosos, com alta prevalência de quedas, surge a necessidade de

novas formas de enfrentamento desta problemática. O estudo das quedas de idosos, objeto desta pesquisa, também se justifica pela sua alta incidência (dentre os inúmeros agravos por causas externas dessa faixa etária), assim como pelos questionamentos, ainda em aberto, sobre uma melhor compreensão das suas reais causas, pela insipiência das políticas públicas e pelo despreparo dos profissionais e familiares no enfrentamento desse problema.

Fazendo uma revisão dos estudos realizados, observa-se que as políticas internacionais e nacionais são abrangentes e visam ao bem-estar do idoso, na sua integralidade e complexidade. No Brasil, sendo o Estatuto do Idoso recente, as políticas públicas ainda estão em fase de implementação, desenvolvimento das práticas e conscientização do coletivo frente aos direitos dos idosos, tanto no âmbito familiar como no social.

Nas pesquisas realizadas, no tocante às causas externas, ficou evidenciada a precariedade dos dados, seja por inexperiência dos profissionais em registrar ou pelo constrangimento no ato de denunciar, assim como a invisibilidade dessas causas externas, mais especificamente, a causa das quedas de idosos.

Assim busca-se, por meio desta pesquisa, aprofundar o conhecimento sobre as quedas de idosos em uma região de Porto Alegre, procurando identificar sua causalidade ambiental, biológica ou social, ou a combinação desses fatores influentes, na medida em que o idoso apresenta vulnerabilidades e exclusão social.

Neste estudo trabalhar-se-á com a necessidade de inclusão que Teixeira (2003, p. 4) define como a necessidade de se sentir integrado, valorizado, aceito totalmente pelos demais. O indivíduo quer ser, ao mesmo tempo, valorizado por sua competência e aceito como pessoa.

Como estratégias de enfrentamento da exclusão social, do sentimento de solidão e da incapacidade, decorrentes do processo de envelhecimento, ou seja, enfrentamento do cotidiano e dos problemas do viver, pretende-se ampliar o estudo, para uma melhor compreensão das redes de apoio ou de suporte social.

Com base no exposto, procurando tecer algumas reflexões e tentando avançar na compreensão da problemática, procurou-se buscar respostas para os seguintes questionamentos e inquietações:

- Qual o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos idosos que sofreram quedas e são residentes na região da Lomba do Pinheiro e Partenon?

- Qual a ocorrência de quedas dos idosos residentes nessa Região?
- Quais os tipos de quedas mais freqüentes dos idosos?
- Quais as causas mais freqüentes de quedas dos idosos?
- Quais as condições de vida dos idosos?
- Quais as redes de apoio social?

A partir dessas indagações, pensa-se que é necessário, no caso dos profissionais que atuam no Sistema Público de Saúde, conhecer mais profundamente as necessidades, atitudes e interpretações, e condições de vida dos idosos com a finalidade de prestar cuidados e orientações relativos às quedas, tão freqüentes nessa faixa etária, com uma ótica mais fidedigna à realidade do idoso. Assim formulam-se os objetivos deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer e compreender as causas das quedas dos idosos assistidos nos serviços de saúde de Atenção Básica da região da Lomba do Pinheiro e Partenon de Porto Alegre/RS, no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005.

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos que tiveram quedas e são residentes da região da Lomba do Pinheiro e Partenon, de Porto Alegre;
- identificar e descrever as causas das quedas relatadas pelos idosos relacionando-as com as morbidades associadas, as condições de vida e as redes de apoio.
- identificar as redes de apoio social aos idosos e suas relações com as quedas.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A descrição da trajetória metodológica está dividida em seis partes: pressupostos metodológicos, campo de estudo, população em estudo, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

4.1 Pressupostos Metodológicos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com triangulação de métodos, utilizando-se as modalidades quanti-qualitativas. Ambas constituem diferentes formas de comunicação, que convergem para a mesma meta, qual seja, a de se aproximar, o máximo possível, da realidade em estudo, conduzindo o investigador a alcançar suas respostas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, GÓMEZ *et al.*, 2005).

A escolha desse composto metodológico advém da necessidade de se aproximar de uma realidade complexa, sobretudo no campo da saúde coletiva, de forma que a abordagem quantitativa e a qualitativa “dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 150)

A triangulação de métodos valoriza a quantificação, como parte da qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Por sua vez, os qualitativos situam que na realidade a ser avaliada há processos que podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua intensidade, quando, em torno do objeto, aprofundam-se as reflexões em busca de compreendê-lo e explicá-lo em suas múltiplas dimensões.

Segundo a mesma autora a triangulação de métodos pretende ir além das duas formas de abordagem mais clássicas, a positivista (quantitativa) e a compreensiva (qualitativa).

Triangulação é:

Um conceito que vem do interacionismo e é desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formações diferenciadas; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite

interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.29).

Nesta perspectiva Briceño-León (2003, p. 180-1) sustenta que a multiplicidade de aproximações metodológicas e a visão pluriparadigmática das teorias é muito útil. Acrescenta que “o importante não é a pureza do método, e sim a capacidade de dar respostas aos objetivos da investigação, a capacidade de compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos; a integração dos métodos quase se converte numa necessidade”.

Neste estudo a abordagem quantitativa foi desenvolvida a partir de um desenho epidemiológico descritivo, do tipo séries de casos. Para Rouquayrol e Goldbaum (2003), a Epidemiologia descritiva é o estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função das variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, objetivando a promoção da saúde.

Num segundo momento, ocorreu a abordagem qualitativa, que segundo Minayo (1996), lida com os significados das ações, inspirações, valores, crenças, as atitudes e relações humanas capturadas. Sendo assim, em 2004, Minayo *et al.*, ampliam esta visão quando propõem que o estudo qualitativo deva lidar com a subjetividade do indivíduo em seu espaço mais íntimo de relações, não sendo possível reduzi-lo a variáveis.

Para Briceño-León (2003), a abordagem qualitativa possibilita a interpretação dos dados quantitativos obtidos em uma pesquisa ou em fontes secundárias. A partir de dados secundários do Observatório de Causas Externas foram aprofundados a especificidade das causas das quedas e o contexto social do idoso.

4.2 Campo de estudo

O campo onde a pesquisa foi realizada é a região da Lomba do Pinheiro e Partenon que pertence ao 7º Distrito de Saúde da cidade de Porto Alegre (Figura 3).

A área possui seis Unidades Básicas de Saúde, sete Postos de Saúde da Família e uma Unidade de Pronto Atendimento, administrados pela Prefeitura de Porto Alegre. Fazem parte da rede de serviços da Região o Centro de Saúde Murialdo e o Hospital Sanatório Partenon, administrados pelo Governo do Estado;

esses serviços não alimentam o banco de dados do Observatório de Causas Externas.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAÚJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Figura 3 - Mapa de Porto Alegre/RS, situando as regiões Lomba do Pinheiro e Partenon

Alguns autores como Rodrigues e De Negri (2004) apontam que a área tem aproximadamente 180 mil habitantes e é marcante a incidência de pessoas em condições de pobreza ou indigência, numa Região de grande espaço geográfico, perfazendo sete bairros e mais de sessenta vilas, com diferentes níveis de urbanização e infra-estrutura.

A região da Lomba do Pinheiro é composta pelos bairros: Agronomia e Lomba do Pinheiro que possuem 56.275 habitantes, perfazendo 4,14% da população do Município, e com área de 50,65 Km², que representam 10,64% da área do Município, sendo sua densidade demográfica de 1.111,06 habitantes por Km². A

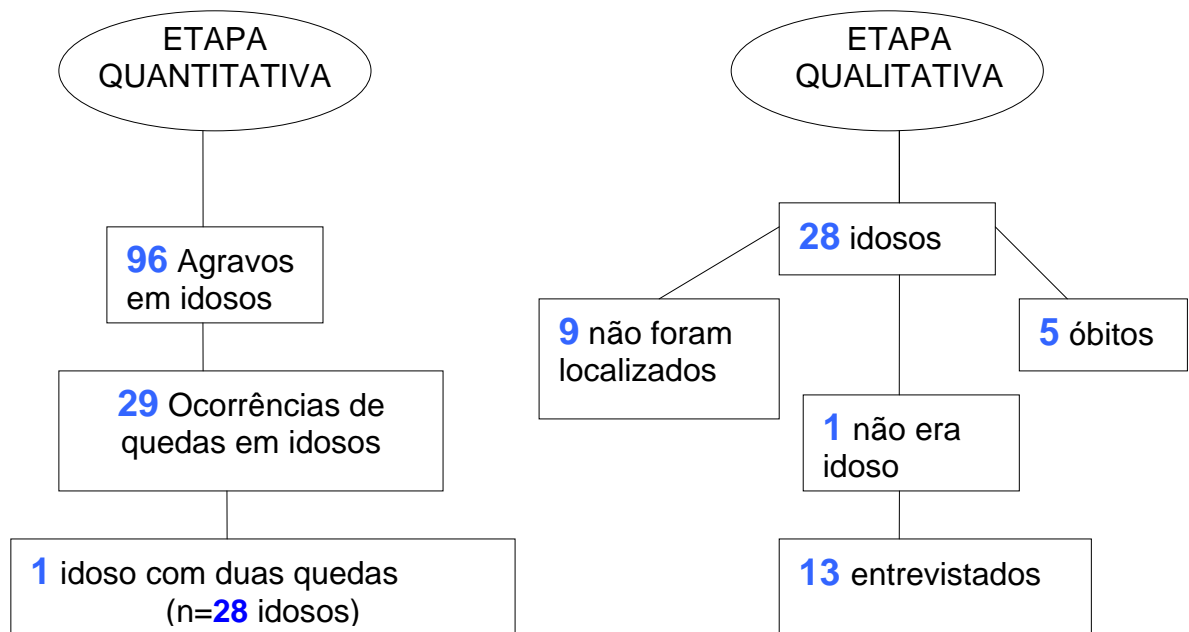
taxa de analfabetismo da região é de 6,9% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 3,4 salários mínimos (PORTO ALEGRE, 2008).

A região do Partenom é constituída pelos bairros: Cel. Aparício Borges, Partenom, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa. Possui 120.338 habitantes, perfazendo 8,84% da população do Município. Com uma área de 14,57 Km², representa 3,06% da área do Município, sendo sua densidade demográfica de 8.259,30 habitantes por Km². A taxa de analfabetismo é de 4,2% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 7, 1 salários mínimos (PORTO ALEGRE, 2008).

4.3 População de estudo

Na etapa quantitativa a população de idosos (com 60 anos ou mais) com agravos por Causas Externas, foi composta por 96 indivíduos constantes nos registros dos serviços ocorridos no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005. Dentre esses, 29 idosos tiveram quedas.

A população em estudo na etapa qualitativa foi definida a partir do estudo epidemiológico. Dos 29 registros, um constava duas quedas para o mesmo usuário, resultando em 28 idosos. Desses 28, cinco idosos foram a óbito, nove não foram localizados (seja por troca de endereço ou endereço incompleto), e um não era idoso (erro de digitação da data de nascimento) totalizando 13 idosos entrevistados, dos quais 8 eram mulheres e 5 homens. A seqüência da seleção da população estudada pode ser visualizada na figura 4 a seguir:



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAÚJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Figura 4 – Diagrama amostral da população em estudo

Na etapa qualitativa, não houve exclusão dentre os 13 sujeitos de pesquisa entrevistados. Os critérios de exclusão estabelecidos eram de não ter condições de manter um diálogo, ou seja, ser incapacitados cognitivamente para responder às questões e não se disponibilizarem a participar as pesquisa.

4.4 Método de coleta de dados

A coleta de dados quantitativos foi feita por meio de informações secundárias, oriundo do banco de dados do Observatório de Causas Externas na Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro/Partenon, que foi alimentado a partir de uma ficha de registros realizados pelos profissionais da rede de serviços dessa Região (ANEXO A). Os dados foram informatizados, em sua totalidade, para que pudessem ser analisados.

Para caracterizar o perfil sóciodemográfico e socioeconômico foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor. O perfil epidemiológico foi elaborado a partir das variáveis: tipo de lesão, local do acidente e local do atendimento.

Posteriormente, a coleta dos dados qualitativos teve a finalidade de compreender o perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos 13 idosos selecionados

que tiveram quedas, utilizando-se a entrevista semi-estruturada e a observação participante do contexto familiar e social dos sujeitos.

A opção pela entrevista semi-estruturada baseou-se em Triviños (1987), segundo o qual parte dos questionamentos são estabelecidos previamente, conforme as questões de pesquisa, e permitem que a partir das respostas do informante criem-se novas hipóteses, ou novas perguntas, permitindo, assim, o enriquecimento da investigação.

Nas entrevistas, utilizou-se um guia de questões (APÊNDICE B) para os sujeitos que se disponibilizaram a participar da pesquisa e que estavam capacitados cognitivamente. Constaram desse guia os dados sócio-demográficos, as condições de vida, a caracterização das quedas e a da rede de apoio social.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos, pela própria pesquisadora. Utilizou-se gravador para obter melhor registro das informações e omitiram-se sempre os dados pessoais que pudessem identificar os sujeitos, no sentido de respeitar seu anonimato, sendo que para preservar sua identidade, optou-se por identificá-los pelo código "I", seguido da letra "M" para masculino e "F" para feminino, numerados de acordo com a ordem alfabética dos respectivos nomes. Em face disso, eles aparecem citados no texto como IF1, IM2, IF5. Feita a transcrição, as fitas cassetes serão arquivadas por um período de cinco anos e, após, inutilizadas.

A partir do estudo quantitativo, foram identificados os sujeitos da pesquisa e marcadas as entrevistas com os idosos localizados. Assim ocorreram muitas dificuldades, nessa fase. Os idosos que foram atendidos nos hospitais Cristo Redentor e no Hospital Porto Alegre não foram encontrados devido à mudança de endereço. Do mesmo modo, houve grande dificuldade em localizar os idosos atendidos nas UBSs, pois algumas Unidades têm seus registros em livros antigos que, com o manuseio, vão perdendo as páginas que nem sempre estão numeradas. Na tentativa de localização do maior número de idosos, foram procurados todos os registrados nos diferentes grupos, tais como de hipertensos e de Diabete Mellitus (DM). Já nas unidades com Equipe de Saúde da Família (PSF), a localização dos sujeitos foi facilitada, pois elas possuem todos os usuários de sua área de adstrição devidamente cadastrados. Da mesma forma, o outro motivo que facilitou a busca dos sujeitos de pesquisa nessas Unidades foi o fato de as agentes comunitárias conhecerem a maioria das pessoas que pertenciam a sua área de atuação. O

agente comunitário, sendo morador da região, tem um vínculo maior e conhece em profundidade todas as dificuldades da sua área e as pessoas que lá habitam. A maioria dos idosos colaboradores desta pesquisa foi localizada devido à dedicação dos agentes comunitários, assim como, a visita domiciliar. Até mesmo a localização dos idosos que foram atendidos no Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro (PALP), só foi possível por meio dos agentes comunitários do PSF dessa região.

As entrevistas foram realizadas de maio a novembro de 2007 e duraram, em média, 55 minutos cada. Esta média longa de duração deve-se ao fato de ter transcorrido muito tempo entre a queda e a entrevista e o idoso precisar lembrar o fato. Outro motivo foi a confecção do genograma e do diagrama de relações sociais atualizadas, junto ao idoso ou seu responsável legal. Dos sujeitos de pesquisa, somente um tinha cuidador, o qual também auxiliou, lembrando como havia ocorrido a queda. Outro fator que contribuiu para o tempo de duração das entrevistas deve-se ao fato de as perguntas serem abertas e fechadas, características da entrevista semi-estruturada, dando margem ao idoso falar livremente, aprofundando o tema e enriquecendo a pesquisa.

As técnicas do genograma e do diagrama das relações sociais, foram utilizadas visando-se a identificação de possíveis causas das quedas e o universo das relações estabelecidas pelo idoso, assim como a rede de suporte social.

Segundo Rocha, Nascimento e Lima (2002, p. 713), “genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar e o diagrama social permite descrever as relações entre as famílias e a comunidade; ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família”.

Além das técnicas acima mencionadas, utilizou-se a observação participante que é, por excelência, a principal ferramenta em pesquisa, pois o pesquisador de certa forma assume, até certo ponto, um papel dentro do grupo estudado (GIL, 1999), visto que a natureza do próprio método possibilita uma imersão na realidade, captando verbalizações, comportamentos individuais e grupais, além de permitir acesso a informações de domínio privado, sobre situações habituais dos envolvidos.

As observações captadas foram descritas e ilustradas por meio de fotografias dos locais onde ocorreram as quedas. Para Roese *et al.* (2006), os dados descritivos são os que buscam captar uma imagem da realidade, com seu máximo detalhamento, incluindo aspectos do local, pessoas, ações e conversas observadas, como a retratar uma fatia da vida.

4.5 Análise de Dados

A fim de sistematizar os dados quantitativos do universo de idosos que sofreram quedas e para a sua caracterização, utilizou-se o software EXCEL, para variáveis consideradas úteis para a análise e discussão do perfil dos idosos que sofreram quedas.

Na abordagem qualitativa, os dados foram analisados à luz do referencial de Análise de Conteúdo tipo temático (MINAYO, 1996) e utilizado o software NVivo 7.0 para a organização e tratamento dos dados.

Na análise temática de conteúdo busca-se “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado. O tema é a unidade de significação que se depreende de um texto analisado de acordo com critérios relativos às categorias de análise selecionadas, a partir de um referencial teórico” (Minayo, 1996, p.209).

Esta mesma autora divide a análise temática em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1996).

Na fase de pré-análise, ocorreu a organização do material coletado e a sistematização das idéias iniciais, para responder a algumas normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Seguiu-se a formulação de objetivos, etapa em que se determinou a unidade de registro (palavra-chave ou frase), unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação, e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise (MINAYO, 1996).

O momento posterior versou sobre a exploração do material, que consistiu na operação de codificação, buscando a classificação, a agregação dos dados, a transformação dos dados brutos, alcançando, assim, o núcleo de compreensão do texto. Foi a fase mais longa.

A última etapa, consistiu no tratamento dos dados e na interpretação. Nessa etapa, foram colocadas em evidência as informações coletadas e buscaram-se inferências, facilitando outras possibilidades em torno de dimensões teóricas. Finalmente, articulou-se o material empírico com o referencial teórico, com o objetivo de ultrapassar a simples descrição dos dados. Originou-se, após esse trabalho, a

formulação de cinco categorias que emergiram das questões da entrevista; as subcategorias emergiram das respostas dos idosos e/ou familiar, após leitura exaustiva e compreensão das falas. As expressões transcritas foram mantidas em seu estado natural, quando das entrevistas. Mesclaram-se fotos com as falas e a confecção do genograma e do diagrama das relações sociais.

4.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada de modo a respeitar as normas da resolução 196, datada de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), tendo como compromisso ético oferecer o máximo de benefícios e mínimo de riscos e/ou danos aos sujeitos envolvidos.

De acordo com a legislação da pesquisa com seres humanos, este estudo programou a coletas de dados, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, parecer nº 068/2004 (ANEXO B). A partir da autorização dos serviços e da liberação dos dados pela Gerência Distrital, foram acessados os registros que constituem o Banco de Dados do Observatório de Causas Externas.

Cada participante do estudo foi informado sobre o desenvolvimento da pesquisa e, para isso, recebeu um Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE B), onde constavam todos os procedimentos da pesquisa, de forma clara e objetiva, ao qual manifestaram sua concordância, por meio de sua assinatura e/ou dos responsáveis legais (familiar ou cuidador), de forma voluntária. Foi mantido o anonimato e o caráter confidencial das informações, sendo que puderam recusar ou interromper sua participação, a qualquer momento do estudo. Todos os dados foram coletados, analisados e apresentados de forma a preservar a identidade pessoal dos participantes.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado, inicialmente, o perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos idosos que sofreram quedas e foram atendidos nas Unidades Básicas de Saúde, PSF, PA ou hospitais da região da Lomba do Pinheiro/Partenon. Estas informações são oriundas do Banco de Dados do Observatório de Causas Externas. Num segundo momento, serão apresentados e discutidos os resultados referentes aos idosos entrevistados quanto às causas das quedas sofridas.

5.1 Perfil sóciodemográfico e epidemiológico de idosos que sofreram quedas no período estudado

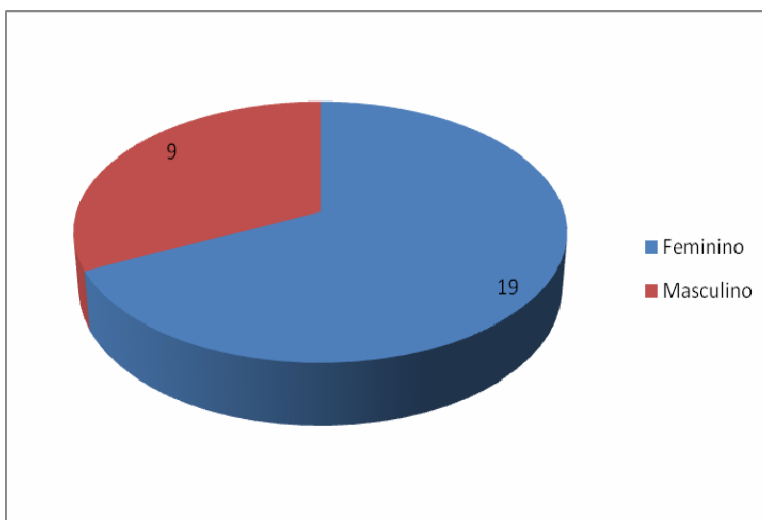
No Banco de Dados do Observatório de Causas Externas, no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005, constam 1676 registros de agravos por Causas Externas (CEs); desses, 96 referem-se ao atendimento a pessoas idosas, o que corresponde a 5,73% dos eventos, no período. Dentre esses 29 registram quedas de idosos, o que representam 1,73% do total das 96 ocorrências por CEs, e corresponde a 30,19% do total de registros (1676) de agravos para esta faixa etária.

Em todo o mundo, os principais problemas de saúde têm sua origem no nível de desenvolvimento econômico e social dos diversos países. A incorporação tecnológica da vida cotidiana, a industrialização das atividades do ser humano, a crise econômica e as superpopulações nas grandes cidades, aliadas à baixa produção e à iniquidade da distribuição de terras cultiváveis, geram o êxodo rural para as grandes metrópoles, originando grupos de subempregados e de desempregados que vivem na pobreza e constituem uma fonte de improvisações nas formas de convivências e na geração de conflitos (AVIÑA-VALENCIA; MENEZES-GONZALEZ; AZPIAZU-LEE, 2000). Os mesmos autores estimam que no mundo morrem por CEs acidentais 84 pessoas para cada 100.000 habitantes, sendo esta cifra maior nos países em desenvolvimento (94 para cada 100.000) e menor para os países desenvolvidos (63 pessoas para cada 100.000). O México apresenta o mesmo cenário mundial; de uma proporção de 67% das CE, 26% correspondem às causas acidentais.

Um estudo realizado na cidade de Salvador (BA) sobre a distribuição espacial da violência por meio do levantamento da mortalidade por Causas Externas mostrou que os idosos apresentaram um maior risco de morte por essas causas, seguidos dos adultos jovens e adolescentes. No caso dos idosos, 38% das mortes foram por acidentes de transporte e 28% por quedas (PAIM *et al.*,1999). Segundo estes mesmos autores as Causas Externas ocupam o segundo lugar nas estatísticas brasileiras de mortalidade, ultrapassadas somente pelas doenças do aparelho digestivo (OPAS, 1990; PAIM *et al.*, 1999).

Segundo Gawryszewski, desde os anos 80, as CEs tornaram-se uma grande preocupação de saúde pública, no Brasil. De uma a cada dez mortes, no mundo, ocorrem por causas externas e os percentuais variam de acordo com cada país. Países com baixa renda sofrem com a pouca expectativa e baixa qualidade de vida (GAWRYSZEWSKY; RODRIGUES, 2006, p.208). Este autor aponta a necessidade de se desenvolver uma abordagem correta para a prevenção de causas externas, sendo fundamental um conhecimento detalhado sobre a sua epidemiologia.

Com relação ao sexo dos indivíduos, usuários da Atenção Básica de Saúde e com ocorrência de Causas Externas, foi constatada a predominância feminina, como pode ser visualizado na figura 5, que segue. Identifica-se que a maioria dos idosos que foram atendidos por CEs, nas Unidades Básicas da região da Lomba do Pinheiro, no período de 2002 a 2005, eram mulheres.



Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

Figura 5 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o sexo, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

Este resultado mostra-se semelhante ao encontrado na literatura. Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, no ano de 2000, com 251 idosos, teve por objetivo investigar a história das quedas relatadas, ficando constatado que a maioria delas ocorreu entre as idosas, o que não difere substancialmente dos resultados encontrados em outros países, tais como na Austrália (MORRIS *et al.*, 2004), na América do Norte (PERELL *et al.*, 2001), onde os estudos mostram a predominância feminina.

Carlos e Heredia (2004, p. 127), em texto que versa sobre o envelhecimento e as condições de vida dos idosos no sul do Brasil, referem que em relação ao sexo da população idosa, “predomina a feminina, tanto em nível nacional (55,10%), quanto regional (55,38%) e estadual (57,10%). A concentração da faixa etária se dá no grupo de 60 a 64 anos, tanto no Brasil (31,72%), quanto na Região Sul (32,35%) e no Estado do Rio Grande do Sul (31,31%)”.

No que se refere à faixa etária, a distribuição dos idosos que sofreram quedas segue o escalonamento etário estratificado em intervalos de dez anos, expresso na tabela 1 seguinte:

Tabela 1 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo a faixa etária, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

CLASSE IDADES	FREQ	%
60-69	14	50,00
70-79	10	35,71
80-89	4	14,29
90-100	0	0,00
TOTAL	28	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

Na distribuição dos idosos que sofreram quedas, observa-se que na faixa etária dos 60-69 anos foram atendidos quatorze idosos, dez na faixa de 70-79 anos, quatro atendimentos na faixa etária de 80 a 89 anos e nenhum registro de idosos acima de 90 anos. Aponta-se, pois que a predominância de idosos atendidos nos

serviços de Atenção Básica de Saúde em uma região de Porto Alegre, no período de 2002 a 2005 foi relativa à faixa etária de 60 a 69 anos.

Fabrizio, Rodrigues e Costa Junior (2004) demonstram, em estudos realizados em comunidades americanas, que 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez ao ano, sendo que 40% delas têm idade acima de 80 anos. Os dados do Observatório de Causas Externas mostraram índices um pouco diferentes, uma vez que a maioria das quedas incidiu na faixa etária de 60 a 69 anos e a menor taxa foi observada nos idosos acima de 80 anos.

Os dados do Observatório vão na mesma direção dos resultados encontrados por Carlos e Heredia (2004), anteriormente citados, onde a concentração por faixa etária se dá no grupo dos idosos de 60 a 64 anos (escalonamento etário menor) tanto no País, como na Região Sul e também no Estado do Rio Grande do Sul.

Com relação à raça/cor dos idosos que sofreram quedas, a maior frequência incidiu nos de cor branca, seguidos da raça negra e por último os não identificados, como se pode constatar na tabela 2 que segue:

Tabela 2 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo a raça/cor, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

RAÇA	FREQ	%
Branca	22	78,57
Negra	4	14,28
N/I	2	7,14
TOTAL	28	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

Nesta tabela constam 28 idosos que tiveram quedas, pois um deles teve queda recorrente.

A partir desses dados, evidencia-se, num primeiro momento, que os idosos de raça/cor branca estão mais suscetíveis às quedas. Entretanto, é imprescindível relacionar esse dado com a população de idosos do Brasil. Dados do IBGE de 2005 sinalizam que a população de idosos de raça/cor branca não alcançou 50%, seguida de 43% de pardos e 6,3% de idosos pretos. Deste modo observa-se predomínio de idosos de raça/cor branca na população brasileira. Nesta perspectiva, os dados

demonstram maior índice de quedas nos idosos de cor branca seguida da cor negra e posteriormente de não identificados.

Carlos e Heredia (2004) apontam para a predominância da cor branca em todas as faixas etárias, seguida da cor parda. Comentam que essa realidade não difere da situação de toda população brasileira.

Com relação ao local onde ocorreu a queda dos idosos foi constatado que o local de maior frequência foi o domicílio, perfazendo a taxa de 62,07%, seguido da via pública, num percentual de 37,93%. Podem-se visualizar tais dados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o local de ocorrência, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

LOCAL DE OCORRÊNCIA	FREQ	%
DOMICÍLIO	18	62,07
VIA PÚBLICA	11	37,93
TOTAL	29	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

Na tabela 3, a população foi de 29, pois embora houvesse um idoso com duas quedas, no período estudado, o local foi diferenciado. Deste modo, contatou-se dezoito quedas no domicílio e onze na via pública.

Semelhança nos resultados foi verificada no estudo de Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) em que 66% das quedas ocorreram no próprio lar do idoso e somente 22% na rua; o restante ocorreu na casa de parentes e amigos.

Na literatura internacional encontra-se o estudo de Morris *et al.* (2004) realizado em Melbourne (Austrália) com mil idosos, visando a identificar fatores de risco nas quedas ocasionais e nas múltiplas quedas no período de um ano. Pelo estudo evidenciou-se que as quedas com maior agravamento ocorreram longe de casa (46%), comparadas com as que aconteceram fora de casa (29%) e as dentro de casa (25%). Convém destacar que os resultados são diferentes dos encontrados nesta pesquisa.

Concorda-se com Cocco (2007) e Bueno (2006) quanto às dificuldades no sentido de classificar as quedas e imprecisão quanto à tipologia, pois os registros desses eventos no Observatório de Causas Externas foram classificados tanto como

“agente causador” quanto “tipo de ocorrência”, apontando para a necessidade de uma categorização ou de uma linguagem comum de classificação.

A literatura brasileira consultada (PEREIRA, 2003, COUTINHO; SILVA, 2002) confirma o achado encontrado nos registros do Observatório, onde 62,07% das quedas ocorreram dentro do domicílio. Pereira (2003), em sua tese de Doutorado, aponta que muito provavelmente a explicação seja devida ao fato de que o idoso mais velho acaba saindo pouco de casa, pela sua condição física e/ou social (raros amigos, restrições financeiras, moradia afastada, entre outros).

Outro tópico que consta nos registros do Observatório se refere ao tipo de lesões que os idosos tiveram em consequência da queda. No Banco de dados do Observatório de Causas Externas as lesões registradas nos serviços das UBSs, foram: escoriações; fraturas; luxações; ferimento corto-contuso; entorse ou distensão; trauma crânio-encefálico; trauma de tórax, abdômen ou pelve, e as lesões não especificadas (N/I). Para Sweringer e Keen (2005), excetuando as escoriações, as demais lesões são consideradas traumas multissistêmicos.

Os mesmos autores salientam que o trauma é a causa de morte mais comum nos Estados Unidos na população abaixo de 40 anos e resulta em mais anos perdidos de vida potencial do que qualquer outra causa. Certos traumas podem ser previstos com base no conhecimento do objeto causador da lesão (veículo a motor, arma de fogo), tipo de energia liberada (cinética, térmica, química); força de energia (velocidade do veículo ou projétil) e não uso de dispositivos protetores (cinto de segurança e capacetes).

Deste modo, tem-se dois tipos de traumas, os *Fechados* e os *Penetrantes*. Os *Fechados* são os que ocorrem sem comprometimento da integridade cutânea; os *Penetrantes* são os produzidos a partir do movimento do objeto que penetra o tecido, causando dano direto.

O grau de trauma é relacionado à transferência de energia que causa a deformação do tecido e à resposta da estrutura anatômica envolvida. As causas comuns dos traumas fechados são as colisões entre veículos e as quedas. (SWERINGER; KEEN, 2005)

Partindo destas considerações, pode-se observar que o agrupamento de todos os tipos de lesões registradas no Observatório, da área em estudo, evidenciam que os traumas são as lesões mais freqüentes, como pode ser observado na tabela 4, a seguir:

Tabela 4 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o tipo de lesão sofrida, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

TIPO DE LESÃO	FREQ	%
Trauma Multissistêmico	21	72,41
Escoriações	7	24,13
N/I	1	3,45
TOTAL	29	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

As escoriações perfazem um percentual de 24,13%, enquanto os traumas multissistêmicos totalizam o percentual de 72,41%, com o registro de um único não informado (3,45% do total de tipos de lesões que constam nos registros do Observatório de Causas Externas).

Para visualizar melhor o percentual entre os diversos traumas, foi elaborada uma nova tabela (tabela 5), onde constam mais especificadamente os tipos de lesões que foram agrupadas como traumas multissistêmicos na tabela anterior (tabela 4).

Tabela 5 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo os tipos de lesões especificadas pertencente aos traumas multissistêmicos, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

TIPO DE LESÃO	FREQ	%
Fraturas	7	33,33
Ferimentos corto-contusos	6	28,57
Traumas de tecidos moles	3	14,28
Luxações/entorses/distensões	3	14,28
Equimose/hematoma	2	9,52
TOTAL	21	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

Observa-se, nesta tabela, que, dentre as lesões pertencentes aos traumas multissistêmicos, as fraturas possuem maior frequência, com um percentual de 33,33%, seguidas dos ferimentos corto-contusos e das luxações/entorses ou distensões, com percentual de 28,57%. Por fim aparecem as equimoses/hematomas

com um percentual de 9,52%. Nos registros do banco de dados do Observatório não são especificados os tipos de fratura.

Na literatura encontra-se um estudo de Pereira (2003) que aponta para o aumento exponencial da incidência de fratura com a idade, principalmente para a fratura de fêmur, revelando um percentual de 90% dos casos, depois dos 70 anos, e a estimativa de que 30% dos idosos vão sofrer fratura até os 90 anos. O autor, baseado em bibliografias nacionais e internacionais, associa a fratura de fêmur à alta taxa da mortalidade, perda da independência, da mobilidade e incapacidade funcional.

Outro dado da área em estudo destaca o local de atendimento dos idosos que sofreram queda, e que foram atendidos nas diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS), Pronto Atendimentos (PA) e nos diversos Programas Saúde da Família (PSFs) pertencentes à região da Lomba do Pinheiro/Partenon, como pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos que sofreram quedas, segundo o local de atendimento, registrados nos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, Porto Alegre, no período de 2002 a 2005.

LOCAL DE ATENDIMENTO	FREQ	%
PA LOMBA	6	20,69
PSF VIÇOSA	5	17,24
US SÃO JOSÉ	5	17,24
PSF LOMBA	3	10,24
PSF SÃO PEDRO	3	10,24
US PANORAMA	2	6,90
US MAPA	1	3,45
PSF PITORESCA	1	3,45
HOSP PORTO ALEGRE	1	3,45
PSF ESMERALDA	1	3,45
HOSP CRISTO REDENTOR	1	3,45
TOTAL	29	100

Fonte: Pesquisa direta nos registros dos serviços de Atenção Básica de Saúde da Região da Lomba do Pinheiro/Partenon, elaboração das tabelas ARAUJO, V.E., Porto Alegre, 2007.

O Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro (PALB) lidera os atendimentos, com o percentual de 20,69%, seguido da UBS São José e PSF Viçosa perfazendo um percentual de 17,24%, com cinco atendimentos. Na seqüência aparecem os PSFs da Lomba e o São Pedro com três atendimentos, fazendo um percentual de 10,34%. Com um percentual de 10,34% e contando com dois atendimentos,

observa-se somente a US Panorama. Os demais serviços perfazem o percentual de 3,45%, tendo efetuado um único atendimento aos idosos que tiveram quedas no período de 2002 a 2005, do total de vinte e nove atendimentos.

O fato de o PALB ter realizado o maior percentual, não causa estranheza, pois é o único pronto atendimento da região e o serviço além de ser um pouco mais complexo funciona durante as 24 horas. O horário de atendimento dos PSFs é das 6h às 12h e das 13h às 17h. Com relação às UBSs, o horário de atendimento das unidades de saúde é das 7h às 18h ininterruptamente, exceto a unidade Panorama que tem horário diferenciado de funcionamento, das 8h às 20h.

Nos registros encontrados no Banco de dados do Observatório de Causas Externas, e aqui apresentados, observaram-se algumas falhas na qualidade da informação, tais como: a idade do idoso não coincidindo com o ano de nascimento, como foi observado em pelo menos seis dos registros, e acredita-se que seja decorrente de erro na transcrição dos dados, na sistematização. Um dos usuários consta na listagem como não identificado, não tendo sido possível sua localização.

Após a caracterização do perfil sociodemográfico e epidemiológico, passo a descrever e caracterizar os sujeitos do estudo, a partir da situação sócio demográfica, socioeconômica, dos cuidados e co-morbidades dos idosos entrevistados, informações que foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com os 13 idosos que sofreram quedas.

Perracini (2008) corrobora a importância de se traçar um perfil do idoso suscetível às quedas, quando expressa na epígrafe abaixo:

Hoje, busca-se não só identificar o perfil dos idosos mais vulneráveis a cair, como também se procura distinguir quais terão maior suscetibilidade a sofrerem uma lesão grave decorrente deste evento ou que têm uma enorme propensão a experimentarem quedas recorrentes o que aumenta a probabilidade de perda da capacidade funcional, seja ela decorrente de um único evento grave ou da perda de confiança e do senso de auto-eficácia o que com o tempo acabam por provocar uma restrição de atividade e um declínio na mobilidade, expondo este idoso a um maior risco de tornar-se frágil (p.3).

5.2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

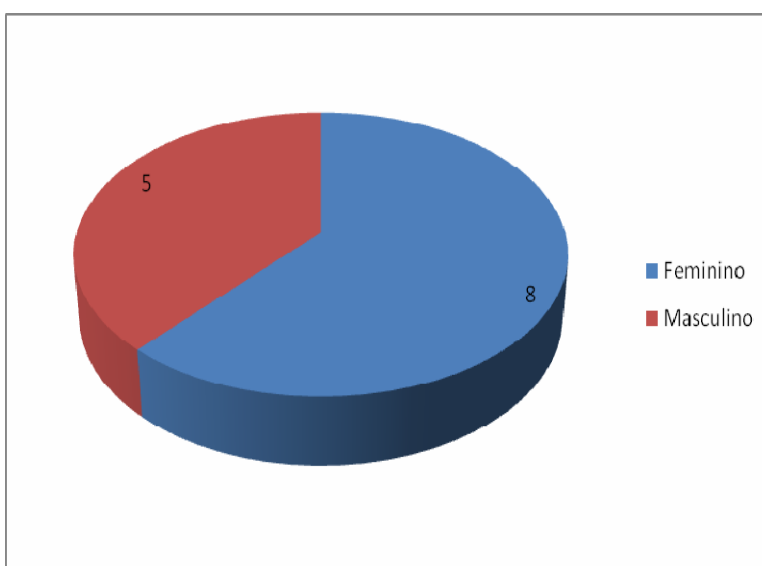
Morris *et al.* (2004) e Stanlenhoef *et al.* (2002) apontam a necessidade de se conhecer o perfil da população idosa que sofre quedas com o intuito de

instrumentalizar os profissionais na prevenção de quedas dessa faixa etária. Salientam ainda que as quedas sejam comuns em idosos e atingem um percentual de mais de 30%, nos acima de 65 anos, e de 50% nos idosos acima de 80 anos residentes na Comunidade, do mesmo modo que a população do presente estudo.

5.2.1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Neste subitem são descritos os dados relativos às características sócio demográficas quanto: ao sexo, à idade, à raça, ao estado civil e à escolaridade dos sujeitos entrevistados. Esta descrição tem por objetivo salientar algumas características desses sujeitos que, posteriormente, serão relacionadas às quedas e ao aprofundamento das causas e suas conseqüências. Vale lembrar que foram entrevistados todos os sujeitos localizados que tiveram quedas entre o ano de 2002 e 2005, que constam no Banco do Observatório de Causas Externas.

Com relação ao sexo, tem-se a seguinte distribuição (Figura 2): foram entrevistados oito idosos do sexo feminino e cinco do masculino, mantendo-se a mesma predominância feminina observada na maioria dos estudos nacionais (PAIM *et al.*, 1999; PEREIRA *et al.*, 2001; MEIRELES *et al.*, 2007; PERRACINI, 2008) e internacionais (MORRIS *et al.*, 2004; PERELL *et al.*, 2001; GAWRYSZEWSKI e RODRIGUES, 2006), conforme pormenorizado anteriormente.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 6 – Distribuição, por sexo, dos idosos entrevistados, Porto Alegre, 2008.

Camarano (2007) denomina este processo como a Feminilização da Velhice, decorrente da maior taxa de segmento relativo e da maior longevidade da população feminina, o que explica em parte esse diferencial por sexo.

A partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) 1997, os diferenciais por sexo observado se mostram importantes entre os idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens, com 55% e 45%, respectivamente. Vários estudos vêm apontando estes diferenciais como uma das especificidades mais marcantes desse grupo populacional. As hipóteses que buscam explicar porque as mulheres vivem mais que os homens são: diferenças na exposição aos riscos, pois os acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, em conjunto, são quatro vezes mais freqüentes entre os homens; diferença no consumo de álcool e tabaco, os homens consomem quantidades maiores que as mulheres; diferença de atitude em relação às doenças, as mulheres têm uma percepção melhor da doença e utilizam mais os serviços de saúde que os homens (VERAS, 2001).

Em seu estudo realizado com os idosos no PSF de Maringá (PR) com vistas a traçar um perfil sociodemográfico e socioeconômico, Meireles *et al.* (2007) corroborou os achados dessa pesquisa, com relação à feminilização da velhice. Menciona que essa predominância tem importantes repercussões nas demandas por políticas públicas e na gestão do cuidado, pois se acredita que a maioria dessas mulheres atualmente, seja viúva, com baixa escolaridade e menor renda, com grande possibilidade de experimentar piores condições de saúde, requerendo maior assistência, tanto do Estado, como das famílias.

Com relação à faixa etária, tem-se a seguinte distribuição, visualizada na Tabela 7 abaixo: quatro sujeitos com idade entre 60 e 69 anos; seis sujeitos entre 70 e 79 anos; dois sujeitos entre 80 e 89 anos e um sujeito entre 90 e 100 anos.

Tabela 7 – Distribuição por faixa etária dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Idade	N
60 – 69 anos	04
70 – 79 anos	06
80 – 89 anos	02
90 – 100 anos	01
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora. ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Constata-se que a predominância do evento queda situa-se na faixa etária de 70 a 79 anos, seguida da faixa dos 60 a 69 anos e a média de idade dos idosos entrevistados foi de 74 anos.

Gawryszewski, Koizumi e Mello Jorge (2004) em seu artigo sobre as mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil apontam para o risco aumentado para causas externas entre as mulheres nas faixas mais velhas.

Uma pesquisa com idosos não institucionalizados, com uma amostra de 394 idosos com 60 anos ou mais, residentes na cidade de Batatais (SP), evidenciou que a ocorrência de quedas, no último ano, foi de aproximadamente 26,6% e os fatores de risco considerados significativos foram: sexo feminino e idade superior a 80 anos. (OLIVEIRA, 2003).

Outro estudo realizado na cidade de Campinas com idosos ambulatoriais, apontou que idosos com idade média de 73 anos (idade média similar à encontrada neste estudo), baixos valores da Medida de Independência Funcional (MIF) e da Short Performance Battery (SPB) e com menor eficácia para quedas, apresentaram maior risco para quedas. Os resultados tendem a apontar uma relação entre o desempenho físico, independência funcional e auto-eficácia, ressaltando a importância de intervenção no manejo e prevenção de quedas, considerando simultaneamente os domínios físicos, funcionais e psicológicos do idoso. (ESTEFANI, 2007).

Perracini (2008) em seu artigo sobre prevenção e manejo de quedas em idoso, elaborou um quadro onde estabelece os fatores de risco classificados de acordo com o peso da evidência, além da classificação, de acordo com o tipo de lesão. Assim, fazendo uma relação com o texto acima citado, as idosas do sexo feminino e com idade acima de 75 anos tem alta evidência para quedas acidentais, recorrentes e com lesões sérias. A cor branca tem baixo peso de evidência para queda, mas predispõe a lesões sérias.

No que se refere à raça/cor dos entrevistados, dos treze sujeitos, onze eram de cor branca e somente dois de cor negra, denotando a predominância da cor branca.

Com relação ao estado civil foi constatado que dos treze sujeitos: seis idosos eram casados, quatro viúvos, dois divorciados ou em processo de separação judicial e um solteiro, conforme pode ser visto na tabela 8, a seguir:

Tabela 8 – Distribuição por estado civil dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Estado Civil	N
Casados	06
Viúvos	04
Divorciados/Separação judicial	02
Solteiros	01
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora. ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

A viuvez foi constatada em quatro dos sujeitos entrevistados, havendo semelhança nos resultados por sexo, ou seja, dois viúvos e duas viúvas. A viuvez é um evento comum que altera a vida familiar dos idosos com a morte do cônjuge. A perda do parceiro que compartilhou experiências de vida, amor, alegrias e tristezas pode ser de difícil adaptação. A adaptação a essa perda significativa é acrescida à necessidade de aprender uma nova tarefa: a de viver só. A morte de um cônjuge pode afetar mais as mulheres que os homens, porque a maioria dos homens mais velhos volta a se casar ou a se relacionar novamente (ELIOPOULOS, 2005)

Neste estudo, nenhum dos quatro sujeitos homens entrevistados estava tendo um novo relacionamento, talvez devido ao fato de serem os mais idosos (84 e 93 anos). O sujeito de 93 anos morava sozinho, era lúcido, fazia todas as tarefas de casa e sentia muito a falta de uma companheira, como pode ser evidenciado em sua fala:

„„Quero muito encontrar uma companheira... Alguém com quem conversar tomar chimarrão. Sabe, eu não dou mais para outras coisas...(sorriso) Mas queria encontrar alguém para dormir junto, fazer companhia e ficar de mãos dadas..... (IM13)

A viuvez, muitas vezes, traz o isolamento social. O sentimento de solidão e a desolação enfatizam todos os infortúnios pelos quais as pessoas que estão envelhecendo passam. Os filhos cresceram e partiram, os amigos e o cônjuge podem ter falecido e outros que poderiam aliviar a solidão talvez evitem os indivíduos idosos porque acham difícil aceitar as mudanças que eles sofrem ou enfrentar o fato de que também serão velhos algum dia. A insegurança, como

resultado de muitas perdas, pode causar a desconfiança e levar a um isolamento social auto-imposto (ELIOPOULOS, 2005).

Quanto ao item escolaridade, dois sujeitos do grupo são analfabetos (ambos do sexo masculino e os mais velhos entre os idosos, com 84 e 93 anos respectivamente). Os demais entrevistados (11) referiram ter somente o ensino fundamental incompleto, tendo em geral completado somente até a quarta série do ensino fundamental. A distribuição da escolaridade entre os idosos entrevistados pode ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição da escolaridade dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Escolaridade	N
Analfabetos	02
Ensino Fundamental Incompleto	11
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora. ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

Na categoria de analfabetos foram incluídas as pessoas que responderam saber ler e escrever, mas que nunca freqüentaram a escola. Os idosos analfabetos da pesquisa referiram que aprenderam a assinar seu nome e a ler um pouco com o auxílio das respectivas esposas, ambas falecidas.

O resultado deste estudo com relação ao analfabetismo entre os homens, está em consonância com os achados de Meireles *et al.* (2007), que aponta para o analfabetismo ser prevalente nos homens.

Quanto à escolaridade, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o tempo de estudos dos brasileiros se situa, na maioria, entre quatro e sete anos (Brasil, 2003). Esse resultado é semelhante ao identificado neste estudo onde os idosos tinham como escolaridade o ensino fundamental incompleto, tendo cursado em geral até a quarta série, como foi referido anteriormente.

5.2.2- CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS

Neste subitem são descritos os dados relativos às características socioeconômicas quanto a profissão/ocupação, renda familiar, tipo de moradia, número de cômodos, número de habitantes na moradia dos sujeitos entrevistados.

Do mesmo modo refere-se independência ou dependência financeira dos sujeitos entrevistados.

Em relação à ocupação/profissão, dois dos entrevistados identificaram-se como aposentados, ambos homens. Os demais homens identificaram como profissão: um industriário, um fotógrafo e um eletricista. Quanto à ocupação das mulheres: três eram “do lar”, duas faziam serviços gerais, mais especificamente de auxiliares de limpeza, uma foi parteira, uma foi costureira, e uma era cozinheira, como pode ser constatado na tabela 10, que segue abaixo.

Tabela 10 - Distribuição da profissão/ocupação dos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Profissão/Ocupação	Total
Aposentado	02
Costureira	01
Cozinheira	01
Do Lar	03
Eletricista	01
Fotógrafo	01
Industriário	01
Parteira	01
Serviços Gerais	02
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora. ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

O que se observa é que, no momento em que os sujeitos falavam de sua ocupação a relacionavam ao comprometimento de sua saúde e a impossibilidade de trabalhar, como pode ser evidenciado na próxima fala:

...Perdi a visão, em função dos produtos químicos, a que estive exposto, na minha profissão de fotógrafo. Tive um tumor e precisei fazer a cirurgia. Hoje enxergo somente com um olho, o que me impossibilitou de continuar exercendo a profissão. (IM7)

Entretanto, o objetivo neste estudo não é o de estabelecer qualquer tipo de correlação entre as diferentes variáveis, pois em se tratando de um estudo de cunho qualitativo, estas informações visaram apenas a caracterizar os sujeitos em estudo.

Atualmente as mulheres têm maior independência financeira em função de sua carreira o que alterou suas relações e papéis sociais; porém a maioria das

idosas atuais dirigiu a família, orientando seus filhos, sendo dependentes financeiramente dos maridos. A idade, a escolaridade limitada, a falta de habilidade e o longo período desempregada cuidando de sua família são obstáculos para entrarem em um mercado de trabalho competitivo. Se tais mulheres conseguissem um emprego, a adaptação às novas demandas de uma função no trabalho poderia ser difícil e estressante (ELIOPOULOS, 2005).

Esta situação de insegurança e estresse pode ser constatada no pronunciamento de (IF4)

....Ah!!! ..se eu pudesse, eu não fazia nada, só fumava.....

....Olha, o que eu posso fazer mais na vida...Trabalhar e fumar...
Enquanto Deus ajuda, vou trabalhando...

Esta idosa não recebia pensão, assim devia prover seu próprio sustento. Morava com a neta, estabelecendo uma relação intergeracional, ou seja, de cuidados mútuos. O tabagismo, neste caso, funcionava como uma válvula de escape e/ou muleta para a idosa no enfrentamento do envelhecimento, perdas e infortúnios.

A importância da intergeracionalidade está exatamente no intercâmbio entre grupos etários diferentes e na troca que se estabelece entre as gerações, na difusão de saberes, na transmissão da memória sóciohistórica e/ou tradições e passagens de rituais sociais, na perspectiva do fortalecimento dos grupos ou da sociedade, o que equivale a dizer que o processo intergeracional é um processo de aprendizagem de mão-dupla, ou seja, de reciprocidade (GOLDMAN, 2004).

Em dois sujeitos da pesquisa foi observada a intergeracionalidade plena, pela afeição mútua e pela reciprocidade nos cuidados. Como expressou uma idosa:

....Caminho bem devagarzinho dentro de casa e um pouco na rua com a neta. Outro dia tive uma tontura, lá no centro, escureceu as vistas....e as pernas parecem tipo borracha, eu piso e tenho a impressão que a perna vai e volta, né...Minha neta diz para sentarmos um pouco e deixar passar...
(IF5)

A renda familiar dos entrevistados variou entre um salário e três salários mínimos. A maioria deles (7) referiu renda mensal de um salário mínimo. Apenas um dos sujeitos referiu ter a renda de três salários mínimos, fato este que pode ser visto na tabela 11, a seguir:

Tabela 11 – Distribuição da renda familiar dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Renda familiar	N
1 salário mínimo	07
11/2 salário mínimo	01
2 salários mínimos	04
3 salários mínimos	01
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora. ARAÚJO, V. E. Porto Alegre, 2008

A renda familiar predominou na faixa de um salário mínimo o que caracteriza uma população de baixa renda, e que, segundo classificação de Perracini (2008) ter baixa renda corresponde a baixo peso de evidência para quedas e se ocorrem são acidentais.

A pobreza é mais dolorosa entre os idosos, pois lhes faltam as mínimas condições de sobrevivência. Um dado revelador dessa situação refere-se aos aposentados e pensionistas do INSS, dos quais 70% recebem um salário mínimo por mês (GOLDMAN, 2004).

A desigualdade de renda, flagrante na sociedade brasileira, está presente, também entre os idosos segundo a PNDA de 1997, onde 40% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar per capita de menos de um salário mínimo (ARAÚJO; ALVES, 2001).

Os recursos financeiros são importantes em qualquer idade porque afetam a dieta, a saúde, a moradia, a segurança e a independência e influenciam as escolhas de vida. O perfil econômico de muitos idosos é a pobreza. A renda da aposentadoria é menos que a metade da renda ganha enquanto estavam empregados. Para a maioria dos idosos, a renda do seguro social, originalmente pretendida como um suplemento é um recurso principal de rendimentos da aposentadoria, e nem sequer tem acompanhado a inflação. Apenas uma minoria da população idosa tem o rendimento de um plano privado, Uma adaptação significativa para muitas pessoas idosas é a redução nos rendimentos, pois obriga a outros ajustes. Uma vida social ativa ou a busca de lazer podem ser acentuadamente reduzidas ou eliminadas (ELIOPOULOS, 2005)

Nenhum dos sujeitos desta pesquisa tinha um plano previdenciário ou de saúde privados para garantir melhores condições financeiras, todos eram usuários do SUS.

Com relação a possibilidade de os entrevistados terem outras rendas adicionais, foi constatado que apenas sete possuíam outras rendas. Tal fato pode ser constatado na tabela 12, que segue:

Tabela 12 – Distribuição de outras rendas dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Outras Rendas	N
Sim	07
Não	06
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Como pode ser verificado, com relação ao item outras rendas, houve semelhança nos resultados. Entre os sete sujeitos que responderam ter outras rendas, encontravam-se as idosas que contavam com a aposentadoria do esposo. Na pesquisa, somente um aposentado continuava trabalhando como eletricista. Entre os entrevistados predominaram os homens aposentados e as mulheres dependentes da aposentadoria de seus cônjuges; dos treze idosos; oito eram aposentados e cinco não recebia aposentadoria. A tabela 13 de distribuição da aposentadoria pode ser visualizada logo abaixo:

Tabela 13 – Distribuição da aposentadoria dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Aposentadoria	N
Aposentados	08
Não Aposentados	05
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Uma das principais adaptações pelas quais os idosos passam é a perda da função de trabalho, por ocasião da aposentadoria. Para muitos, essa é a primeira experiência referente ao impacto de envelhecer. A aposentadoria é especialmente difícil de ser enfrentada na sociedade, pois o indivíduo é julgado, comumente, pela sua produtividade. O trabalho é visto como uma obrigação requerida pela sociedade produtiva (ELIOPOULOS, 2005).

A maioria das idosas de hoje tem uma situação econômica precária, tanto em função de rendimentos provenientes de trabalho de baixa renda e/ou pensão do marido (BASSIT, 2004).

Pela experiência profissional com idosos constatou-se a inconformidade e a sensação de menos valia dos indivíduos ao se aposentarem, exigindo da enfermeira, nas consultas de enfermagem, ou do profissional de saúde um olhar diferenciado para tentar suprir o idoso com um aporte psicológico e emocional, reforçando as suas qualidades e mostrando as inúmeras possibilidades que podem se apresentar na procura de um novo trabalho ou tarefa que preencha o vazio deixado pelo cotidiano do trabalho.

È recorrente considerar o envelhecimento como uma questão social relevante, não devido às especificidades dessa etapa de vida, mas por conta do impacto que o envelhecimento traz, colocando em evidência as fragilidades do indivíduo e da própria sociedade de pertencimento desse idoso, a qual também envelhece. Além dos problemas estruturais enfrentados pela população, surgem e se intensificam aqueles de ordem conjuntural, que enfraquecem e fragilizam cada vez mais as relações sociais. O governo encontra dificuldades para alocar recursos capazes de prover a velhice, principalmente com uma aposentadoria em níveis que permitam ao idoso viver com dignidade, cabendo-lhes, então, o enfrentamento de desafios e dificuldades para adquirir materiais que lhe proporcionem uma vida prazerosa, pois recebe aposentadorias irrisórias, que não condizem com os anos de trabalho (WALKER, 2005).

Para Walker (2005) a questão chave é a manutenção da capacidade do trabalho. Paradoxalmente, o trabalho é, tanto um grande responsável por doenças e incapacidades, quanto uma importante fonte de ganho de saúde, em termos de atividade, auto-estima e contato social. Se a saúde e a capacidade de trabalho forem mantidas, os indivíduos terão mais vontade e aptidão para estender seu tempo de atividades. Além disso, políticas públicas mais ativas são necessárias para encorajar o envelhecimento ativo. Na União Européia (UE), anteriormente, as políticas públicas eram necessárias para encorajar a saída precoce; agora, elas são necessárias para realizar mudanças na cultura, imprescindíveis para encorajar e possibilitar que as pessoas trabalhem por mais tempo.

Talvez o enfoque das políticas públicas brasileiras devesse seguir este mesmo exemplo, de incentivar as pessoas a permanecerem mais tempo trabalhando, prorrogando a efetivação da aposentadoria

A identidade profissional é responsável pela posição social do indivíduo e pelo papel social ligado a ela. Quando o trabalho da pessoa é seu principal interesse, a sua atividade e a fonte de seus contatos sociais, a separação do trabalho deixa um vazio na sua vida. No envelhecimento, as pessoas deveriam ser encorajadas a desenvolver interesses que não tenham conexão com o trabalho. Desfrutar o tempo para o lazer é uma saída terapêutica para a vida estressada pelo processo de envelhecimento (ELIOPOULOS, 2005).

A assistência ao envelhecimento deve incluir a preparação para a aposentadoria, intervenções preventivas, maximizando o potencial para a saúde e bem-estar. Como parte desta intervenção, os indivíduos deveriam ser encorajados a estabelecer e praticar bons hábitos de saúde, tais como dieta adequada, atividade física regular, exames físicos periódicos e evitar álcool, drogas e tabaco (ELIOPOULOS, 2005).

Quanto ao item da dependência financeira dos sujeitos entrevistados: dois responderam ser dependentes, nove não os são e dois responderam que às vezes dependem financeiramente. A distribuição da dependência financeira pode ser observada na tabela 14 a seguir:

Tabela 14 – Distribuição da dependência financeira dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Dependência financeira	N
Sim	02
Não	09
Às vezes	02
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

O aporte financeiro daqueles dois sujeitos da pesquisa que responderam necessitar de auxílio financeiro às vezes, vinha dos filhos.

Na análise do Censo Demográfico de 2000, ficou constatado que o idoso é o principal provedor em 58% das famílias que incluem idosos em sua constelação. Inverte-se a lógica de entender o idoso como dependente de seus filhos ou parentes, o que, em última instância, acarreta-lhe mais responsabilidades,

comprometimento de sua renda, muitas vezes insuficiente face às despesas do cotidiano (GOLDMAN, 2004).

Com relação ao tipo de moradia, todos os sujeitos entrevistados responderam residir em casa de alvenaria. Caracterizando e identificando o número de cômodos pertencente à moradia dos idosos entrevistados, constatou-se ser a maioria (6) de cinco a seis cômodos, seguido de três idosos com residência possuindo de três a quatro cômodos, e três com sete cômodos ou mais. Um único idoso entrevistado possui a moradia com somente um ou dois cômodos, como pode ser visualizado na tabela 15:

Tabela 15 – Distribuição do número de cômodos da residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Nº de cômodos	N
1 - 2	01
3 - 4	03
5 - 6	06
7 ou mais	03
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008.

Com relação ao número de dormitórios a maioria das residências (7) dos idosos entrevistados possuía dois dormitórios, seguidos de quatro residências com três dormitórios e duas de um dormitório, como especificado na tabela 16:

Tabela 16 – Distribuição do número de quartos da residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Nº de dormitórios	N
1	02
2	07
3	04
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

Com relação ao destino dos efluentes, todos os sujeitos entrevistados, possuíam moradia com encanamento para eliminá-los, do mesmo modo como possuíam instalações sanitárias adequadas, dentro da própria moradia.

Quanto à moradia ser própria, alugada ou de parentes, excetuando um idoso que residia em imóvel alugado, os demais moravam em casa própria. Com relação a

esse item observou-se um orgulho muito grande, de parte dos entrevistados, pela aquisição, inicialmente, do terreno e posterior luta na construção da moradia, fazendo parte da história de alguns, como pode ser constatado nos depoimentos abaixo:

...Tive que vender tudo. Vendi a vaca e comprei o terreno. Trabalhando e pedindo para um e para outro. Tudo isto eu estou correndo atrás para comprar o meu terreno. A vizinha disse: Corre lá perto do armazém do Pedro que estão vendendo um loteamento e tem dois terrenos ainda. É só dez reais que a Sra. tem que pagar por mês.....(IF6)
 ...Gosto de estar dentro de casa... Isto aqui (casa) eu comprei faz 50 anos que eu comprei este terreno. Construimos os dois (esposa e o idoso)...Meu ranchinho....(IM2)

Com relação ao número de pessoas que moravam na residência, constatou-se que dois idosos homens moravam sozinhos, três sujeitos residiam com mais uma pessoa, quatro moravam com mais duas pessoas, um sujeito morava com três pessoas e dois sujeitos compartilhavam a residência com mais quatro pessoas, como pode ser visualizado na tabela 17 a seguir:

Tabela 17 – Distribuição do número de pessoas na residência dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Nº de pessoas na residência	N
1 morador	02
2 moradores	03
3 moradores	04
4 moradores	01
5 moradores	02
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

O resultado mostra-se em consonância com a pesquisa de *Meireles et al.* (2007) que evidenciou, no tocante à moradia, que 82,5% moravam com duas ou mais pessoas.

Quanto aos idosos que vivem sozinhos, Camarano (2007) aponta que a proporção dos mais idosos (mais de 80 anos) vivendo só é mais elevada que a dos idosos jovens (de 60 a 79 anos), tendo este diferencial crescido no tempo. *Meireles et al.* (2007), refere que, com relação ao idoso que morava sozinho, deve-se, sempre que possível, promover o convívio com os familiares, com a comunidade, preservando a sua autonomia e buscando a sua máxima independência funcional.

A predominância do número de pessoas foi de três pessoas por residência entre os sujeitos entrevistados. Na observação constatou-se, na maioria, a presença do casal e de mais um morador, que diversificou entre um neto, um irmão ou um filho.

5.2.3 – CARACTERÍSTICAS REFERENTES AOS CUIDADOS E CO-MORBIDADES DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

Inicialmente faz-se necessário definir co-morbidades que é o conjunto de doenças crônicas diagnosticadas, duas ou mais simultaneamente e que exigem algum tipo de intervenção terapêutica (JACOB FILHO *et al.*, 2006; BRASIL, 2006)

Neste subitem é descrita a dependência ou não de cuidados pelos sujeitos de pesquisa e as doenças crônico-degenerativas não transmissíveis existentes.

Com relação à dependência de cuidados, a maioria sete dos idosos entrevistados referiu não necessitar de cuidados na realização das atividades diárias, cinco responderam que necessitavam de cuidados e somente um dos idosos respondeu necessitar algumas vezes, fatos esses que podem ser vistos na tabela 18 abaixo:

Tabela 18 – Distribuição da dependência de cuidados dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Dependentes de cuidados	N
Sim	05
Não	07
Às vezes	01
Total	13

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

Somente um dos idosos contava com auxílio de uma cuidadora que trabalhava junto ao casal, três dias na semana, contratada pelos filhos.

Com relação às doenças crônico-degenerativas e/ou incapacidades físicas, os sujeitos de pesquisa em sua maioria (11) tinham hipertensão arterial sistêmica, seguidos de acidente vascular cerebral (6) e insuficiência cardíaca (5). Dois sujeitos referiram ter acuidade visual diminuída, osteoporose e dislipidemia. Relativamente a

uma única doença crônica, foi referida a insuficiência renal, reumatismo e diverticulite.

Estudos da Organização Mundial de Saúde em 1984 estimam que:

Numa coorte nas quais 75% dos indivíduos sobrevivem aos 70 anos, cerca de um terço dos sobreviventes será de portadores de doenças crônicas, e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde e com os custos que isto acarreta. Espera-se que o aumento da duração da vida seja acompanhado por uma compressão da morbidade em todas as faixas etárias, o que traduziria em uma vida mais longa e de melhor qualidade para um maior número de idosos. (CAMARANO, 2007, p.67)

A distribuição das doenças crônicas e/ou incapacidades pode ser observada na tabela 19 abaixo.

Tabela 19 - Distribuição das doenças crônicas e/ou incapacidades dos sujeitos entrevistados – Porto Alegre, 2008.

Doenças crônicas e/ou Incapacidades	N
Hipertensão Arterial Sistêmica	11
Acidente vascular cerebral (AVC)	06
Insuficiência cardíaca	05
Diabete Mellitus	03
Acuidade visual diminuída	02
Osteoporose	02
Dislipidemia	02
Insuficiência renal	01
Reumatismo	01
Diverticulite	01
Total	34

Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E. Porto Alegre, 2008

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica.

É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. Entre as pessoas idosas a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das

peças nessa faixa etária. A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmhg. (BRASIL, 2006, p.71)

Cabe ressaltar que neste estudo, ora descrito, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) aparece em segundo lugar nas doenças crônicas referidas pelos idosos entrevistados, e como uma co-morbidade associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Num estudo realizado por Araújo e Alves (2001) sobre o perfil de idosos no Brasil, os problemas crônicos referidos por eles, com maior frequência, foram: hipertensão (26,4%), problemas do coração (16,8%), problemas ósteo-musculares (17,8%) e diabetes (11,9%).

Estabelecendo uma comparação do estudo acima citado e com a presente análise, embora não sejam dados percentualmente quantificados, observa-se a semelhança nos resultados, na medida em que a maioria dos pacientes referiu ser portador de hipertensão arterial sistêmica, seguida de problemas cardíacos e Diabete Mellitus. A diferença é que no estudo anterior não houve alusão ao acidente vascular cerebral (AVC) como aparece em segundo lugar na atual pesquisa.

O resultado deste estudo está também em consonância com os estudos de Meireles *et al.* (2007) onde as doenças com maior prevalência entre os idosos de ambos os sexos foram à hipertensão arterial e a diabetes.

O idoso, de uma maneira geral, tem maior propensão a conviver com problemas de saúde, o que não necessariamente incapacita física ou emocionalmente, a pessoa para as atividades diárias, e, a despeito da existência de uma ou mais de uma afecção, há a possibilidade de manter uma boa qualidade de vida (ARAÚJO; ALVES, 2001).

Cabe ressaltar, aqui, que as atividades de vida diária (AVDs) foi um instrumento elaborado por Sidney Katz pelo qual é avaliado o grau de adaptação de um indivíduo para banhar-se, alimentar-se, vestir-se, de continência fecal e urinária, de mobilizar-se da cama ou de uma cadeira, deambular, mesmo que com a utilização de um dispositivo ou de cadeiras de rodas, mas sem a necessidade da ajuda de outras pessoas. O grau de independência de um indivíduo está relacionado com o número de AVDs preservadas.

Posteriormente, Lawton elaborou um instrumento para avaliar as atividades que envolvem maior capacidade de atuação em relação ao ambiente, na residência

ou externas. Exemplificando: cozinhar e lavar roupas seriam atividades da vida diária (AVDs) realizadas na moradia e a capacidade de pegar um ônibus ou fazer compras seriam as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) externas. A incapacidade de realizar uma ou mais AIVDs significa menor comprometimento do que quando o mesmo ocorre com as AVDs. (JACOB FILHO *et al.*, 2006, BRASIL, 2006)

5.3 Identificando e compreendendo as causas das quedas

Com o objetivo de compreender as causas das quedas descreve-se cada uma das 13 quedas relatadas pelos sujeitos da pesquisa, assim como as posteriores ou anteriores ao evento relatado.

A idosa IF1 referiu que distraiu-se com o chamado da nora e caiu do desnível da garagem para a entrada da moradia. Não recordava se escorregou, afirmação que pode ser constatada na fala abaixo:

...É que a minha nora me chamou aqui na frente e eu vim atender, não sei se escorreguei, não sei o que foi só sei que cai lá em baixo, daqui de cima da garagem até a porta da frente, bati a cabeça. Não sei se foi na raiz da árvore, não sei direito aonde foi só sei que eu caí de costas. IF1

...Estava bem, não estava sentindo nada de anormal. Tonta eu não fiquei, eu desconfo que eu escorreguei, estava limpando lá nos fundos, quando minha nora me chamou...IF1

O desnível entre a garagem e a entrada da moradia era de aproximadamente meio metro, a queda ocasionou uma lesão na cabeça, como pode se observar na citação a seguir:

...Machuquei a cabeça e levei 12 pontos, fui ao Pronto Socorro. Sangrou muito, os médicos me fizeram o curativo, e disseram que não era para ficar sozinha em casa, aí meu filho ficou comigo. Não fiquei internada. Eu vim para cá, e comecei a fazer curativo no Postinho, depois eles é que tiraram os pontos. Todos os anos eu faço um RX da cabeça. IF1

IF1 comentou que esta queda que está registrada no sistema de dados do Observatório de Causas Externas, foi sua primeira experiência de cair ao chão. Depois desse evento, ao descer a lomba em frente a sua residência, escorregou e quebrou o pé. Após esta fratura teve três reincidências, o que pode ser confirmado por meio de sua fala:

...Depois desta queda é que eu quebrei o pé, fui ao Pronto Socorro ai eles enfaixaram tudo, e ai entrei no seguro social...Sim desta vez fez fratura, eu estava descendo a lomba, e escorreguei, não sei como é que foi que eu quebrei o pé. IF1

...Foi só o pé E, foram três vezes, uma vez na rua, outra vez foi lá na rua de baixo, fui pegar uma muda de bananeira, caí e quebrei o pé. Talvez tenha sido pelo fato de ter quebrado uma vez, e aí fui quebrando no mesmo lugar. .E a terceira vez foi lá nas minhas irmãs, fui descer uma escada e cai, não sei se tropecei ou virei o pé e ele fraturou. IF1

Os estudos de Gonçalves (2006) apontaram que idosos com histórico de uma queda e de outras recorrentes tiveram um tempo maior na recuperação para voltar a caminhar e tiveram também um comprometimento na avaliação do equilíbrio funcional, mostrando a influência do déficit de equilíbrio no aumento do risco de quedas, do que aqueles sem quedas recorrentes.

O Sr IM2 conta que havia ganhado uma madeira de um vizinho. Ao tentar colocá-la em cima de um cavalete a mesma caiu sobre um banquinho, ocasionando o desequilíbrio do idoso e a sua conseqüente queda. No registro de causas externas o tipo de lesão descrito foram equimose e hematomas. A constatação pode ser observada por meio da narrativa:

...Lembro que estava lidando com madeira, um pau que eu ganhei do vizinho ai da frente, vocês (filhos) estavam todos na rua não tinha ninguém em casa, e eu agarrei o pau e botei em cima de um cavalete e ele caiu na ponta de um banquinho, que eu tentei levantar e me desequilibrei com o pau aquele e fui por cima do banquinho, e foi o banquinho que me golpeou tchê. E dali foram duas cirurgias na canela, tive um mês baixado lá nada feito (Hospital Conceição) IM2

O idoso IM2 residia em casa própria junto a dois filhos, neto, e bisnetos, caracterizando uma família em que pode ser visualizada a intergeracionalidade comprovada na fala do idoso:

...A minha vida é essa turma, essa imundice que tenho dentro de casa, minha vida é eles, principalmente meus bisnetos. IM2

A importância da intergeracionalidade está exatamente no intercâmbio entre grupos etários diferentes e na troca que se estabelece entre as gerações, na difusão de saberes, na transmissão da memória sóciohistórica e/ou tradições e passagens de rituais sociais, na perspectiva do fortalecimento dos grupos ou da sociedade, o

que equivale a dizer que o processo intergeracional é um processo de aprendizagem de mão-dupla, ou seja, de reciprocidade (GOLDMAN, 2004).

A queda do idoso ocorreu no domicílio, tendo como lesão, escoriações e hematomas. Depois desse evento e após ter tido um AVC teve mais uma queda, também domiciliar, como conta a seguir:

...A outra queda que tive foi esta depois do derrame, foi na porta da casa, quando me senti mal e caí encostando-me à parede, e eles me botaram para dentro...IM2

O idoso IM3 residia em moradia própria, com ótimas condições de vida, junto à esposa. Tinha como renda adicional o aluguel de um imóvel nos fundos da residência. Segundo o registro do Observatório sua queda foi domiciliar e gerou somente escoriações. O Sr IM3, mesmo sendo um dos mais jovens entre os idosos pesquisados, mostrou dificuldade de recordar e identificar a queda ocorrida havia quatro anos. Relatou que caiu da escada que estava apoiada numa passarela que ligava sua moradia à do filho. A queda encontra-se melhor descrita na fala que segue:

...Estou sempre pensando como é que foi. Lembro que cai da escada. A escada não quebrou. Ela soltou de um lado e cai da escada, bati no basalto e machuquei a perna. A sorte é que não quebrou o osso. Ficou doendo muito e se estancou o sangue. Meu filho estava construindo sua casa aqui nos fundos e tinha uma passarela entre as duas casas e eu apoiei a escada nessa passarela. Acredito que a queda tenha sido de uns três metros de altura...IM3

Neste sentido, a Sr^a IF4 lembrou rapidamente o evento de sua queda, talvez devido ao fato de ter sido cômica, se não fosse trágica. Sua gata havia dado à luz a filhotes e a idosa tirou uma gaveta de um armário para aconchegar a ninhada, tendo colocado à mesma entre a sala e o quarto. Ao acordar cedo, ainda sonolenta não se recordou da gaveta e tropeçou na mesma e caiu. Pode-se observar na sua fala:

...Sei dizer que esta gatinha deu gatinhos e eu botei uma caixa ali na porta (entre o quarto e a sala), quando me levantei cai por cima da caixinha, era bem cedo, saí da cama, saí do quarto e pam.... báh uma dor e um ovo bem grande no pé, eu não fui ao médico, esperei, esperei 2 horas sentada naquele PA, com dor, e eu fui embora...IF4

Este evento queda ocorreu no domicílio conforme relato acima tendo gerado somente escoriações. O contexto social da idosa era bom, também pode ser observado a intergeracionalidade.

A idosa, depois dessa queda, referia problemas de equilíbrio e de lentidão ao caminhar, alterações fisiológicas muito comuns no envelhecimento e principalmente pós-queda, como se pode observar na próxima fala:

...Olha cair agora estou caindo, parece uma banana, caí lá na esquina, caí aqui, to caindo... Não sei por que estou caindo. Só sei que não tenho mais firmeza nas pernas, desde que me deu este troço em mim, o derrame. Este braço aqui, dá uma coisa assim,.. e o que tenho na mão cai, a gente não é mais ligeira sabe como antigamente...IF4.

A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com a amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, proporcionando passos mais curtos e mais lentos. A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por esta razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo, dentre os quais a perda da memória recente (BRASIL, 2006).

A idosa IF5 teve sua queda ao realizar as atividades de vida diária (AVD). Com a finalidade de estender as roupas no varal, dentro da moradia, subiu numa cadeira e ao firmar-se deu um passo para trás, deixando a perna presa entre o assento e o encosto, como aparece no próximo relato:

...Caí há quatro anos da cadeira, quando estava estendendo roupa, minha perna foi para dentro da guarda da cadeira, e caí, quebrei a perna, não me lembro se foi esta vez... IF5.

O contexto social da idosa era conflituoso, residia com o ex-marido, com o qual estava em litígio judicial. A queda ocorreu no domicílio, tendo como tipo de lesão, luxação, entorse e distensão, conforme consta no registro do Observatório de Causas Externas. As outras quedas foram verbalizadas pela idosa, a seguir:

...Caiu há quatro anos da escada, mas não se lembra bem. Caí, quebrei a perna, não me lembro se foi esta vez. Tenho sentido tontura e já caí na Lima e Silva e vieram me acudir agora não posso sair sozinha. Tenho dois parafusos no fêmur, de um acidente de carro, há muitos anos numa Kombi que bateu num poste, quando vi que ia bater, firmei com o pé assim e a perna quebrou. Caía muito na rua, me dava tontura, me juntavam e me

levavam direto, [não deu para escutar]. Agora não posso sair sozinha na rua, uma que eu não enxergo direito, o médico não quer que eu saia sozinha de dentro de casa, porque me dá tontura que me dá na rua, cai uma vez na rua que eu torci o pé lá na Lima e Silva, me juntaram e me levaram... IF5.

A queda de IF6 ocorreu em via pública tendo escoriações como tipo de lesão registrada. A idosa morava com a irmã e estavam em atrito havia dias, o que fez com que estivesse nervosa e inapetente. Sua queda ocorreu ao descer do ônibus quando desfaleceu, provavelmente devido ao fator emocional acrescido de hipoglicemia, pois esta idosa era diabética. Segue o relato do evento:

...Lembro que não jantei, na época estava braba com minha irmã que estava aqui em casa, e que estava furiosa com ela, não tomei café, não me alimentei durante dois dias, pois briguei novamente com minha irmã, peguei a bolsa e o ônibus e fui embora, quando fui descer do ônibus minha glicose abaixou e fui parar no posto de saúde, no pronto atendimento, me colocaram no soro para fraqueza, pois minha glicose tinha baixado.
 ...Não houve uma travada do ônibus ou imperícia do motorista. A queda foi devido à fraqueza minha em estar muito incomodada e não ter me alimentado direito, ao descer da escada do ônibus senti-me fraca e caí, não consegui me aprumar direito (manter o equilíbrio + estado emocional abalado). O motorista que me levou para o pronto atendimento da Lomba do Pinheiro, relatou que ao descer do ônibus não me afirmei direito e caí, tendo tido algumas escoriações e que bati com a cabeça na calçada, por este motivo fiquei em observação...IF6.

Já a queda de IM7 ocorreu em via pública, e está registrada no Observatório de Causas Externas como lesão não especificada. O idoso contou que tropeçou nas canaletas que vão se formando no asfalto com o calor e a movimentação intensa dos veículos, no terminal rodoviário. A queda foi expressa, a seguir, na fala do idoso:

...Eu estava na praça XV de novembro, no terminal de ônibus da Praça Parobé naquelas banquinhas de verduras. Fui atravessar e tinha uma canaleta formada pelo asfalto de tanto passar os ônibus. Tropecei e fui direto ao chão com sacolas e tudo. Cai encima do braço. Fui para o Pronto Socorro e eles colocaram o braço no lugar. Depois engessaram no Posto de Saúde na frente do São Pedro. Ali que eu terminei o meu tratamento. Fiquei com meu braço engessado por 30 dias...IM7

Este idoso residia sozinho, com condições precárias de vida, morava de aluguel, realizava as AVDs e as AIVDs, mas constrangiou-se em convidar para entrar na moradia, tendo sido a entrevista realizada na varanda externa da casa.

O Sr IM8 lembrava que foi cobrar uma dívida de um vizinho que residia no primeiro andar e ao sair da residência distraiu-se e caiu de uma altura de 5 metros; não havia proteção. O evento da queda pode ser evidenciado na fala do idoso:

...Subi na escadaria e cai em pé do primeiro piso em cima. Virei de costas, pois o gesseiro que iria me atender me pediu para aguardar lá embaixo, pois estava atendendo outra pessoa. Então ta vou descer a escada. Virei de costas dei um passo à frente e caí direto. Caí de pé. Não tinha nada para eu segurar (na época não tinha o corrimão). Cai no pátio da casa dele.
 ...Eu lembro que fui no gesseiro conversar com ele em sua casa. Subi as escadas virei à esquerda, encima tinha uma área. Chamei na porta e ele disse que não podia me atender no momento, que eu aguardasse lá embaixo. Dei a volta no corpo, dei um passo enfrente e me fui. Não tinha corrimão nesta escada... IM8

O idoso residia com a irmã e o cunhado, numa moradia de fundo de quintal com condições precárias de vida. Constituiu várias famílias que foram desfeitas e possuía tantos filhos que não se lembrava nem do nome dos filhos, o que dirá dos netos.

Resultante de sua queda teve como tipo de lesão: escoriações, fratura de calcânhar, luxação, entorse ou distensão. Como agente causador consta no Observatório de Causas Externas, queda do alto; o acidente foi domiciliar, embora tenha sido no pátio interno do vizinho, como foi relatado pelo próprio idoso acima descrito.

A idosa IF9 referiu muita dificuldade para lembrar de como ocorreu sua queda, solicitou auxílio junto ao esposo para recordar. Sua queda se deu ao tentar apanhar chuchu no pátio de sua moradia, o qual fica num terreno íngreme e acidentado. Pode-se constatar o ocorrido por meio da narrativa da idosa e seu esposo:

...Eu cai porque sai correndo. ...Eu lembro que estava tentando andar mais ligeiro... Não lembro se eu queria apanhar laranja ou chuchu...Me ajuda... IF9

...O familiar (seu marido) diz brincando que ela estava fugindo do chuchu.(Familiar de IF9).

O esposo relatou que não estava junto com a idosa no momento da queda, mas que a encontrou caída embaixo do pé de chuchu e que deve ter caído ao tentar apanhar chuchu e que agora não se recordava mais.

Residiam na moradia somente o casal de idosos, com condições precárias de saúde e de vida. A casa ficava num terreno íngreme, com solo irregular, com inúmeras barreiras propícias às quedas.

A queda de IF10 não foi inicialmente lembrada pela idosa; após ser auxiliada pela filha, passou a discorrer sobre o evento. Segue os relatos da filha e da idosa:

...Eu não me lembro de nada. IF10

...A filha comenta que a queda se deu na saída do banheiro, na descida do degrau que separa as duas peças.(Filha de IF10)

...Agora me lembro...Aquele dia saia do banheiro e derrapei ali. Não sei como. Tinha faltado luz...Sim estava escuro. Caí machucando as costas. IF 10

O acidente conforme consta no registro de CEs foi doméstico, teve como dano fratura e como agente causador, queda com empurrão. Tal fato não foi mencionado na entrevista o que pode demonstrar que as violências ou omissão de cuidados são, muitas vezes, omitidas, seja por constrangimento, seja por que os idosos dependem muitas vezes do agente causador do dano.

A filha relata que a mãe teve uma queda há uns cinco anos com fratura no braço, conforme afirmação abaixo:

...A cachorra veio cheirar e a mãe se assustou e caiu. Elas estavam juntas, e a filha tentando amparar a mãe, acabou se desequilibrando e ambas caíram no chão. (RISOS) IF10.

Posterior a esta queda houve um outro evento, o qual relata a seguir:

...Depois desta cai na praia. Colocaram uma valeta, com pedras para fazer a parte da frente da casa. Resvalei e me fui...Foi no ano passado IF10

Por ocasião da entrevista, a idosa calçava tamanco alto e sem solado antiderrapante. A agente de saúde comentou com a idosa que este tipo de calçado não seria adequado neste tempo úmido, com os paralelepípedos molhados, o aconselhável seria usar um tênis ou um calçado fechado, bem firme e confortável com solado antiderrapante.

Estudos realizados por Meira *et al.* (2005), apontam que as quedas são provocadas na maioria das vezes por riscos domésticos comuns, tais como objetos no chão, piso escorregadio, má iluminação, barreiras arquitetônicas, etc.

Os calçados inapropriados, assim como uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio constam na listagem dos riscos domésticos para quedas, que será mais pormenorizado nas causas ambientais.

A Sr^a IF11 teve diagnosticado em seu prontuário retinopatia conseqüente de Diabete Mellitus. Na ocasião da entrevista estava investigando catarata ou descolamento de retina. O diagnóstico médico não se efetivava havia anos, expondo a idosa a mais riscos de quedas, como pode se verificar na fala da idosa e de seu esposo, que expressou seu descontentamento com a não resolutividade médica, constatado nas falas a seguir:

...Não enxergo de uma vista há anos. Agora estou com catarata na outra. Vou ter que operar...IF11
 ...O esposo refere que cada médico dá um diagnóstico diferente. Uns dizem que é descolamento de retina, outros dizem que é catarata e assim vai. Agora vai ser feito outro exame. Vamos ver o que eles vão dizer. (Marido de IF11)

E por meio do relato da idosa:

...Eu vinha descendo com balde de roupa e quando faltavam dois degraus eu não enxerguei e caí. Bah... Foi um tombo feio. Fui atendida no Hospital Independência e fraturei a clavícula. Fiquei enfaixada por mais de 20 dias. Depois fiz fisioterapia. Depois eu esqueci e sarou...IF11

A idosa IF 11 teve sua queda no domicílio e, como lesão, fratura, conforme citado pela própria em fala anterior e consta nos registro do Observatório. Residia em casa própria, mas o terreno além de ser íngreme, como a maioria dos terrenos da Lomba do Pinheiro, foi observada a falta de corrimões de apoio nas escadas e a irregularidade dos degraus. Somente o casal habitava a moradia.

A Sr^a IF12 residia em moradia própria, com condições de vida precária. Na moradia foram observadas muitas barreiras arquitetônicas propícias à queda. Coabitavam o esposo, filhos, genros, netos e bisnetos. O evento da queda foi descrito pela própria idosa:

...Eu estava cortando lenha. Não estava me sentindo tonta. Nada de anormal. Só tropiquei nos ferros e caí. Costumo cortar lenha para o fogão e me distraí e tropiquei no desnível. Fiquei um bom tempo chamando. Tenho as cicatrizes no joelho e na perna até hoje, (mostra as cicatrizes). Não chegou a quebrar. Só arranhou a perna e cortou no joelho. O meu normal é cortar lenha, lá nos fundos.

...A outra queda foi uma paulada na cabeça, também cortando lenha. A madeira veio com força na minha cabeça e fiquei tonta, sentada horas lá atrás e ninguém viu...IF12

Já a queda de IM13 ocorreu em via pública e teve por tipo de lesão ferimento corto-contuso. A fala do mesmo verifica-se a seguir:

...Eu senti tontura e caí na frente de casa, mas estava lúcido IM13.

A outra queda que o Sr^o IM13 sofreu foi ao enredar-se na corrente de sua cadela, como mostra o próximo relato:

...Uma vez caí quando estava cuidando da cadela, me enredei na corrente e caí perto da casinha dela. Eu chamei a doutora e a enfermeira e elas vieram me atender. Logo, logo, elas vieram... IM13.

IM13 vivia sozinho numa moradia própria, onde cuidava de suas atividades de vida diária; caracterizava-se por ser o idoso mais velho deste estudo, com 94 anos. Quando apresentava problemas, em vez de chamar os filhos, telefonava para a agente de saúde, o que mostra vínculo com o sistema de saúde, mas, por outro lado, denotava certa negligência ou omissão familiar. As atividades diárias (AVDs) e as instrumentais (AIVDs) são expressas nesta fala:

... Faço a comida, lavo roupa. Eu limpo as bostas dos cavalos, pois deixo o cavalo do Luís pastar aqui no meu pátio. Limpo a casinha do cachorro e cuido do pátio...IM13.

Este idoso com idade avançada, sem escolaridade, foi alfabetizado pela esposa que era professora, realizava as atividades diárias (AVDs) ao banhar-se, alimentar-se e vestir-se e as instrumentais (AIVDs) ao utilizar o telefone para comunicar-se, ao preparar refeições, ao manipular medicamentos, ao realizar compras, ao cuidar das próprias finanças e ao realizar tarefas domésticas.

Em síntese, das treze quedas registradas, dez ocorreram no domicílio e somente três em via pública, sendo que uma delas, nos arredores da moradia. Este dado vem ao encontro do estudo realizado por Meira *et al.* (2005), nos quais aponta que uma porcentagem significativa das quedas ocorre no próprio ambiente físico domiciliar, no exercício das atividades diárias.

As causas das quedas em idosos podem ser variadas e estarem associadas. Os fatores responsáveis por elas têm sido classificados na literatura como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças e efeitos causados por fármacos, e como extrínsecos, fatores que dependem de circunstâncias ambientais e sociais que criam desafios ao idoso (STALENHOEF *et al.*, 2002).

O envelhecimento humano é um processo complexo, que engloba aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais, os quais interferem na qualidade de vida daqueles que envelhecem. As perdas e/ou processos degenerativos associados ao envelhecimento não afetam todas as pessoas de uma determinada idade ao mesmo tempo e com a mesma intensidade, assim como, nem todas as pessoas experienciam o envelhecimento de uma única forma. Pode-se dizer que envelhecer é uma experiência única para cada indivíduo, diversificada entre pessoas do mesmo grupo social e heterogênea, tanto entre indivíduos, como em diferentes grupos sociais (BASSIT, 2004).

O crescimento populacional, nessa faixa etária, no Brasil e no mundo, com comprovada incidência de quedas, mencionadas em diversos estudos e citados anteriormente, justifica a descrição e a análise de como elas ocorreram na suas especificidades, por meio das falas dos próprios idosos ou auxiliados por familiares.

Compreendem-se quedas como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade, definição esta, baseada em publicações de consensos e opiniões de especialistas.

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações de componentes sensoriais, cognitivos (memória; orientação têmporo-espacial, capacidade de planejamento e decisão, de cálculo, linguagem, expressão e compreensão), integrativos centrais e músculo-esqueléticos, de forma integrada (PEREIRA *et al.*, 2001).

Assim o efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças, inexistência de apoio familiar e/ou de rede de apoio, e meio ambiente inadequado parecem predispor à queda, de onde se conclui que os fatores de risco para quedas são intrínsecos e extrínsecos.

5.3.1 DETERMINANTES MULTIFATORIAIS DAS QUEDAS

As quedas podem ser um marcador de mudanças de situações sociais e biológicas, conforme citação de PEREIRA *et al.* (2001), quando indicam que a queda pode ser considerada um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa, um marcador do início de um importante declínio das funções ou sintoma de uma nova patologia. A frequência de quedas aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais. Concorda-se com o autor salientando a importância de ser, também, um alerta de uma nova situação social, a qual possivelmente vai requerer uma intervenção.

As quedas na população idosa são freqüentes e determinam complicações que alteram negativamente a sua qualidade de vida. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência (RAMOS, 2007).

Considera-se necessário desenvolver medidas preventivas e de controle com relação a quedas de idosos, incluindo Políticas Públicas e ações programáticas de saúde, orientadas para o espaço social, sujeito a maior risco de morte por Causas Externas.

A produção do evento queda de idosos envolve inúmeras causas, por exemplo: causas políticas, econômicas, culturais, religiosas, de gênero, etárias e étnicas, o que torna bastante complexa medidas de prevenção e controle. Sob este ponto de vista, tornou-se uma missão quase impossível de dissociar as diferentes causas de quedas, devido a sua complexidade e inter-relacionamento e às diferentes especificidades das situações.

Nesta perspectiva, pensa-se que um olhar mais abrangente, respeitando a especificidade de cada indivíduo em seu contexto, e, do profissional de saúde, voltado para a prevenção das quedas, incluindo estratégias e ações, sempre com a real participação do idoso e seu familiar e/ou cuidador.

Em geral os idosos tendem a sub-relatar quedas; além disso, creditam à idade seus problemas de equilíbrio e marcha, fazendo com que estas dificuldades de mobilidade não sejam detectadas, até que uma queda com graves conseqüências ocorra (PERRACINI, 2008), acrescida da facilidade de esquecimento, próprio dessa população, até porque a queda pode ser um evento

desagradável ou causador de constrangimentos e/ou incapacidades, fazendo com que o idoso queira mesmo esquecer ou deletar da memória.

Biazin (2006) aponta que o Sistema de Saúde Brasileiro não possui referência e contra-referência sobre o tema envelhecimento e reabilitação, necessitando ter profissionais de saúde, preparados para avaliar o idoso na sua capacidade, para atender às suas necessidades e elaborar planos para minimizar as incapacidades e prevenir a sua morte.

O idoso consome muito mais recursos do Sistema de Saúde em relação a outras faixas etárias e, paradoxalmente, isto não reverte numa melhoria na sua qualidade de vida. Num trabalho realizado no Rio Grande do Sul foi demonstrado que a prevalência de incontinência urinária na terceira idade é de 31,4% e que destes 78,2% não estão registrados nos prontuários; 18,8% dos idosos relataram instabilidade postural ou queda, porém nenhum foi diagnosticado pelos profissionais de saúde (FLORES, NASCIMENTO e CRUZ, 2000).

As quedas são freqüentes nos idosos e trazem conseqüências que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas; sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua incidência. Entre as conseqüências mais citadas estão: as fraturas (24,3%), o medo de cair (88,5%), o abandono de atividades (26,9%), modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19 %). (RIBEIRO *et al.*, 2008, p.1265)

As redes sociais são importantes ferramentas para serem avaliadas e estimuladas junto ao idoso como estratégias de vida, embora se tornem cada vez mais frágeis com o passar dos anos.

Para Sluzki (1997) no envelhecimento, a rede social sofre mais perdas que as oportunidades de renovação, assim como, menos idosos estão acessíveis ou dispostos ao esforço de acomodação necessária para iniciar uma nova relação. As perdas que acompanham a retração da rede social na velhice tendem a ser minimizadas pela cultura, pelos profissionais de saúde e pelos próprios indivíduos. O efeito de se reconhecer e revalorizar essas perdas, é com freqüência, comovedor e extremamente terapêutico.

Identificar e compreender as condições de vida e a rede social do idoso, torna-se um importante passo para os profissionais de saúde, além de promover

uma maior proximidade e envolvimento junto ao idoso e familiar, no sentido de enfrentamento das adversidades da vida.

5.3.2 LIMITAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.

São as alterações físicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as quais se denominam de fatores intrínsecos para o risco de quedas. Neste estudo as causas biológicas identificadas foram: diminuição da acuidade auditiva, visual, distúrbios vestibulares, cognitivos, depressão e doenças crônicas, descritas a seguir:

Diminuição da audição, em que a pessoa não ouve alarmes ou sons de alta frequência. A diminuição da acuidade auditiva pode ser percebida pelo idoso após uma doença crônica ou patologia significativa, como constatada na próxima fala:

...Depois que eu tive uma espécie de derrame, perdi todos os sentidos, fiquei com os ouvidos que não ouço bem...IM2

A redução da percepção da distância e da visão periférica caracteriza a diminuição visual. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes oculares para enxergar adequadamente (BRASIL, 2006).

A diminuição da acuidade visual proporciona limitações nas atividades de vida diárias e sociais, conforme observadas a seguir:

...Agora não posso sair sozinha na rua, uma vez que não enxergo direito, o médico não quer que eu saia sozinha...IF5

...Quando eu enxergava gostava de fazer roupas para fora, depois me aposentei e voltei a costurar... Agora botei minha máquina á venda, pois não enxergo mais e não consigo enfiar a linha na agulha...IF5

...Faz anos que eu não enxergo bem e vem piorando. Eu não enxerguei o degrau... Eu vinha descendo com o balde de roupa na mão, faltavam dois degraus eu não enxerguei e cai IF11.

...Não enxergo bem e fico com medo de ficar caminhando para lá e para cá... Não enxergo de uma vista há anos. Agora estou com catarata na outra. Vou ter que operar... IF11.

Os estudos de Lee e Scudds (2003) realizados com 66 idosos, com idades entre 69 e 94 anos, apontaram como resultado que as deficiências visuais são

causadas em 37,9% por catarata; 10,6% por glaucoma; 4,5% por descolamento de retina e 22,2% por causa desconhecida.

Além da diminuição da acuidade visual e auditiva, os distúrbios vestibulares são importantes causas fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Eles são devidos a infecções ou cirurgia prévia e distúrbios proprioceptivos, onde existe diminuição das informações sobre a base de sustentação, sendo que as mais comuns são as patologias degenerativas da coluna, mas não foram citadas neste estudo, assim como a diminuição da sensibilidade dos baro-receptores à hipotensão postural.

O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis da redução dessas funções (BRASIL, 2006).

Para Stella (2004) denomina-se funções cognitivas um sistema de atividades mentais integradas e interdependentes que se caracterizam basicamente por memória, pensamento lógico, linguagem, atenção concentrada, capacidade de aprendizagem, de reconhecimento do ambiente e de programação lógica da atividade psicomotora fina. Com relação à memória, perda fisiológica apontada diversas vezes ao longo das entrevistas, este mesmo autor a divide em *memória de trabalho* ou *operacional* que consiste na capacidade do idoso de registrar e resgatar informações referentes a determinadas formas de ação, tais como transmitir um recado ou manipular um equipamento. Essa memória se mantém praticamente intacta no idoso ou com discreto declínio. O outro tipo de memória para Stella (2004) é a de *reconhecimento*, como lembrar-se espontaneamente de certas situações significativas. Entretanto pode ter dificuldade de lembrar de conteúdos recentes aprendidos, principalmente se forem de situações episódicas ou isoladas. Nos idosos de idade avançada, observa-se a ocorrência de *memória imediata* ou *recente* e preservação de *memória de longa duração*.

...Não lembro. Agora estou muito esquecida. É verdade, vou conversar com uma pessoa e vou dizer alguma coisa e já não me lembro mais o que vou dizer....IF9

...Eu não me lembro de nada...IF10

Essas e outras falas anteriormente citadas na descrição das quedas demonstram a falta de memória recente e a mais remota. Uma das dificuldades

deste estudo foi a de caracterização da queda que constava no registro de causa externa devido ao espaço de tempo entre a queda e o levantamento de dados da pesquisa.

Outro fator biológico é a grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração de marcha, o que aumenta o risco de quedas. As alterações na mobilidade podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho motor sofre alterações com uma redução de amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, com passos mais curtos e lentos com a tendência de arrastar os pés. Neste sentido a amplitude do movimento dos braços também diminui, tendendo a aproximar-se do corpo. Assim a base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio (BRASIL, 2006).

Portanto, as alterações fisiológicas do envelhecimento por doenças crônicas que acometem mais esta faixa etária, geram sérios problemas de desequilíbrio, tornando-os mais suscetíveis às quedas e as suas conseqüências, o que se observa na fala da filha da idosa IF10

...Nós estávamos juntas, eu estava tentando amparar a mãe que acabou se desequilibrando e ambas caímos no chão... IF10.

A depressão nos idosos pode favorecer o isolamento e a diminuição da mobilidade, o que pode favorecer ao risco quedas. No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Neste estudo somente uma idosa teve diagnóstico de depressão, o que se caracterizou por ser uma minoria. Pode-se constatar por meio da fala que segue:

...Antes eu ia a bailes, gostava de dançar. Mas agora eu não gosto mais de nada... (expressão de desânimo) ...Depois que eu perdi meus filhos, meu neto. Tu sabes, né? (Falou olhando para a agente de saúde)
...O mundo acabou para mim. Não sei como estou aqui, minha filha. Eu não sei...IF10

A idosa não se conformava de ter perdido o neto, vítima de violência com drogas. Foi ficando deprimida e a conversa tornou-se velada. IF10 dirigiu-se a agente comunitária, numa forma de cumplicidade, ambas sabendo dos fatos

ocorridos, mas, por ser considerado algo ilícito ou vergonhoso, ficou expresso somente nas entrelinhas e no silêncio da conversa.

Como consequência do processo de envelhecimento, os idosos estão mais propensos a apresentarem doenças crônicas como aterosclerose, diabetes, artrite e osteoporose. A aterosclerose afeta a função visual, somatosensorial e vestibular, podendo desencadear doenças como o acidente vascular encefálico (AVE), as demências e oclusão vascular periférica. A Diabetes Mellitus reduz a função proprioreceptiva (neuro-periférica) e visual (retinopatia diabética); a artrite causa limitações dos movimentos, redução das atividades e limitação da habilidade de responder a condições que podem levar as quedas; o uso de medicamentos, tais como o benzodiazepínico diminui a estabilidade postural (KONRAD; GIRARDI; HELFERT, 1999).

As comorbidades, assim como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) propiciam a instabilidade postural, como podem constatar na seqüência:

...Olha cair agora estou caindo, parece uma banana, caí lá na esquina, caí aqui, to caindo...Não sei, não tenho mais firmeza nas pernas, desde que me deu este troço e mim, do derrame. Este braço aqui, dá uma coisa assim, na hora assim... e o que tenho na mão cai, a gente não é mais ligeira sabe como antigamente...IF4

Por meio dessa fala enfatiza-se que após um dano crônico, como o AVE houve a percepção da lentidão da marcha, diminuição da preensão das mãos e da firmeza dos membros inferiores (MIs), havendo a instabilidade motora, a qual possibilitou a queda e as quedas decorrentes.

As doenças crônicas e/ou incapacitantes, ou seja, as comorbidades encontradas nos sujeitos desta pesquisa estão anteriormente citadas na tabela 19 (p.70).

5.3.3 INÚMERAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS DOMÉSTICAS E DE INFRA-ESTRUTURAS PÚBLICAS.

As causas ambientais englobam uma série de situações: falta de calçamento, escada sem apoio, piso irregular, terreno íngreme, declive ou desnível sem proteção e falta de estrutura na moradia. Na literatura são denominadas de barreiras arquitetônicas. Esses ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal

construídos com barreiras arquitetônicas deixam os idosos vulneráveis ao risco de quedas.

Nos Cadernos de Atenção Básica fornecidos pelo Ministério da Saúde relativos ao Envelhecimento e Saúde do Idoso, consta uma tabela onde estão listados os riscos domésticos para quedas, descrita a seguir, no quadro 1.

RISCOS DOMÉSTICOS PARA QUEDAS
Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas.
Carpetes soltos ou com dobras.
Bordas de tapetes dobradas.
Pisos escorregadios (encerados, por exemplo)
Cordas, cordões e fios no chão (elétricos ou não)
Ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão (sapatos, roupas, brinquedos, etc).
Móveis instáveis ou deslizantes
Degraus da escada com altura ou largura irregulares.
Degraus sem sinalização de término.
Escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau).
Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
Roupas compridas, arrastando pelo chão.
Má iluminação.
Cadeiras, camas e vasos sanitários muito baixos;
Cadeiras sem braço;
Animais, entulhos e lixo em locais inapropriados.
Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe-se numa cadeira ou banco para alcançá-los).
Escadas com iluminação frontal.

Fonte: Pesquisa indireta, Brasília. BRASIL, 2006, p. 68.

Quadro 1 – Descrição dos riscos domésticos para quedas

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. As manobras posturais e obstáculos ambientais, que em geral, não são problemas para idosos saudáveis, podem transformar-se em séria ameaça à segurança e mobilidade dos idosos com alterações no equilíbrio e marcha (BRASIL, 2006).

Com o intuito de melhor compreender as condições ambientais das moradias e seus arredores, buscaram-se elementos relativos à situação da região Partenon/Lomba do Pinheiro como um todo.

O bairro Partenon possui áreas de grande urbanização, com fluxo intenso de veículos. Em sua maioria as vias são pavimentadas, excetuando-se as localizadas próximas a encostas dos morros. Sua geografia é composta de áreas planas e de elevações. Observa-se que nas residências predominam construções de alvenaria evidenciando um padrão de classe média. Circulam, na região, várias lotações e um número farto de linhas de ônibus. Existe uma grande concentração de estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços nas principais vias da região.

A região da Lomba do Pinheiro, diferentemente do Partenon, possui extensas áreas verdes, e em algumas localidades predominam propriedades rurais. A distribuição geográfica caracteriza-se por grandes aglomerados de construções de moradias e extensas áreas não urbanizadas. As ruas, em geral, são de chão batido propiciando, nos meses de chuva, a incidência de erosões. As ruas pavimentadas são escassas; no entanto, nessas vias, predomina um fluxo de veículos que trafegam em alta de velocidade, o que justifica a presença de controladores eletrônicos de velocidade. Outro problema que existe tanto na região da Lomba do Pinheiro quanto no Bairro Partenon, diz respeito à escassez de calçadas, mesmo em ruas asfaltadas. A falta de pavimentação nas calçadas e/ou calçadas muito estreitas faz com que as pessoas caminhem na rua, e fiquem sujeitas a acidentes seja por atropelamento ou por quedas.

Como a maioria das moradias localiza-se na encosta dos morros, os terrenos são íngrimes e irregulares. As residências são muito diversificadas, variando de construções de alto padrão a outras de precárias condições de habitação.

A literatura aponta que a maioria das quedas acidentais ocorre dentro do domicílio ou arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las (BRASIL, 2006).

O relato acima está em conformidade com os achados, anteriormente citados, na parte quantitativa da pesquisa, o que se pode comprovar nas próximas falas:

...Eu senti tontura e caí na frente de casa, mas estava lúcido...
Uma vez caí quando estava cuidando da cadela, me enredei na corrente e caí perto da casinha da cachorra...IM13

...Não tenho saído de casa. Tenho o pátio. Vou ali estendo roupas. E lavo roupas. Faço minha comida e passo mais dentro de casa. Não enxergo bem e fico com medo de ficar caminhando para lá e para cá... Eu vinha descendo com balde de roupa e quando faltavam dois degraus eu não enxerguei e caí...IF11

...A queda se deu na saída do banheiro, na descida do degrau que separa as duas peças. (Filha de IF10).

...Agora me lembro...Aquele dia saia do banheiro e derrapei ali. Não sei como. Tinha faltado luz...Sim estava escuro. Caí machucando as costas...IF 10

Por meio destas falas constata-se que além das quedas ocorrerem no ambiente domiciliar ou arredores próximos, na maioria das vezes, as causas podem ser ambientais ou biológicas, ou, estarem associadas. Na queda de IF10 ficou notória a causa ambiental, devido à presença de degraus e a ocorrência da falta de luz, mas não se pode descartar que a idosa tivesse co-morbidades. Nas demais quedas observa-se esta mesma associação da causa biológica com a ambiental, como no relato de IM!13 que sentiu tontura e caiu na rua, em frente de casa, rua esta, como a maioria das ruas da Região, sem pavimentação, onde as chuvas causam muita erosão propiciando maior risco para quedas. Do mesmo modo, na queda de IF10 está presente o fator biológico, na diminuição da acuidade visual, e o fator ambiental, na presença dos degraus e o declive acentuado do terreno. Por mais evidente que seja a causa da queda, dificilmente, ela não está associada a outra. Ilustra-se a declividade dos terrenos e as irregularidades do solo por meio da Figura 7.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 7 – Irregularidades do solo do entorno da moradia, Porto Alegre, 2008.

Uma das quedas registradas ocorreu nas escadas da moradia do entrevistado. Pode-se observar a irregularidade dos degraus, sendo que as escadas possuem corrimão de proteção unilateral, mas salienta-se que a colocação do corrimão de proteção foi posterior à queda. Visualiza-se a irregularidade dos degraus, na Figura 8.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 8 – Irregularidade dos degraus e apoio unilateral, Porto Alegre, 2008.

Na terceira imagem (figura 9), visualizam-se inúmeros obstáculos ambientais impedindo o acesso à entrada da residência. A queda ocorreu do desnível da garagem de aproximadamente 50 cm, provavelmente nas raízes da árvore.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 9 – Entraves arquitetônicos no acesso à moradia, Porto Alegre, 2008.

Na quarta imagem (figura 10) observam-se a escada em fase de construção, sem proteção lateral, muitos objetos largados, interrompendo o acesso pela escada e formando barreiras arquitetônicas, tais como: escadas auxiliares, materiais de construção na frente do acesso aos degraus e constata-se desigualdade entre a altura dos diversos degraus.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 10 – Entraves arquitetônicos no acesso à moradia e falta de segurança na escada, Porto Alegre, 2008.

Com esses dados, considerando as dificuldades e imprecisões das notificações ou registros, evidencia-se que grande parte das ocorrências é devida a acidentes domésticos, mostrando a precariedade dos ambientes da Região em estudo.

Neste sentido, concorda-se com Ribeiro *et al.* (2008), quando ressaltam que em comunidades de baixa renda, como são os casos de ambos os estudos, a urbanização desses espaços públicos seria um importante passo para reduzir os riscos com que os idosos convivem em suas atividades diárias.

O meio ambiente é fortemente associado à qualidade de vida entre os idosos devido à sua relação com a prevenção de quedas, a interação social, o envolvimento em atividades do cotidiano, a independência, segurança e proteção e o bem-estar psicológico (HWANG, 2003).

Frente à complexidade do tema queda e envelhecimento, os profissionais de saúde necessitam trabalhar em equipe e ampliar conhecimentos na temática e lançar mão de ferramentas junto ao idoso para formar estratégias que minimizem o risco para quedas, sejam no domicílio ou no seu entorno.

Estudos têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: a) promoção de saúde e prevenção de quedas; b) revisão de medicamentos; c) modificações nos domicílios; d) promoção de segurança dentro e fora do domicílio; e) intervenções multidisciplinares que podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional (RUBENSTEIN, 2007).

5.3.4 – DINÂMICA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DO IDOSO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Com a finalidade de melhor compreender a existência ou não da inter-relação das quedas com as relações sociais dos idosos, passa-se a descrever as situações encontradas no estudo que possibilitam a vulnerabilidade do idoso à queda.

Na seqüência descrevem-se as causas sociais que pertencem aos fatores extrínsecos e que tornam os idosos vulneráveis à queda.

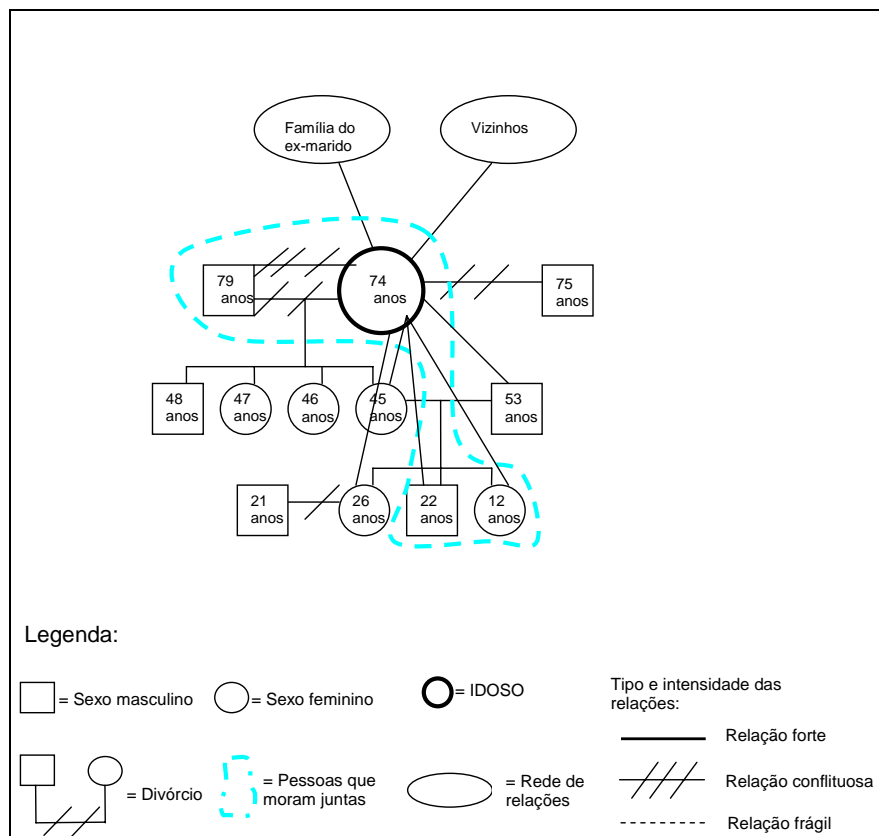
No que se refere às causas sociais associadas as quedas, salienta-se a dinâmica das relações sociais do idoso na família e na comunidade. Neste estudo foram consideradas como causas sociais a falta ou inadequação das redes sociais, apoio social e arranjos familiares.

Objetivando-se identificar as relações sociais dos idosos pesquisados, utilizou-se a construção do genograma e do diagrama das relações sociais de forma combinada com as entrevistas. Na seqüência do texto serão apresentadas algumas dessas construções, nas quais se observaram situações de vulnerabilidade e/ou situações de proteção aos eventos considerados na pesquisa. Nesse sentido, pode-se tentar compreender como o indivíduo percebe ou não e lança mão do apoio social por meio da rede social.

A idosa IF5 teve uma queda ao realizar as atividades de vida diária (AVD). Ao estender as roupas no varal, dentro da moradia, subiu numa cadeira e ao firmar-se deu um passo para trás, deixando a perna presa entre o assento e o encosto. A queda da idosa IF5 gerou luxação e fratura de MI, como tipo de lesão.

O contexto social da idosa era conflituoso, residia com o ex-marido, com o qual estava em litígio judicial, e, com dois netos, caracterizando um domicílio multigeracional. Na perspectiva do fortalecimento de vínculos ou de grupos, equivale a dizer que o processo intergeracional é um processo de afetividade e de reciprocidade (GOLDMAN, 2004).

Embora a idosa tivesse quatro filhos, mantinha relações afetivas com somente uma filha e com os filhos desta. Devido ao estado de fragilidade da idosa, quem realizava a maioria das atividades na moradia era a neta de doze anos. As relações sociais referidas foram os vizinhos e algumas pessoas da família do ex-marido, como é ilustrado na figura 11.



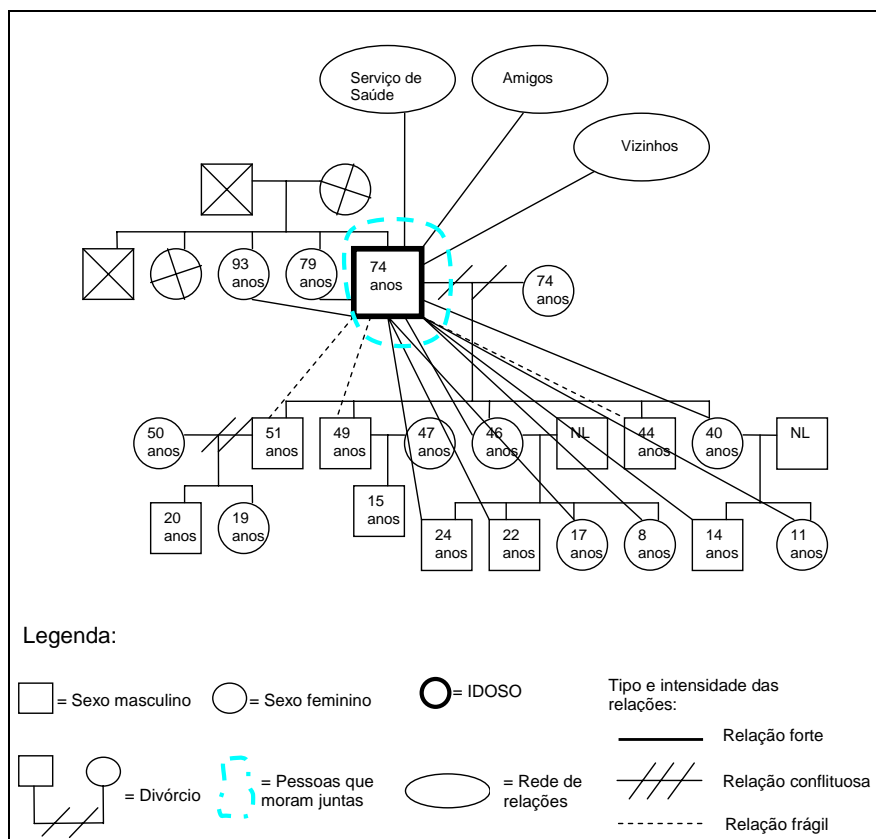
Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 11 – Relações conflituosas, arranjo familiar disfuncional, intergeracional Porto Alegre, 2008.

Salientam-se as relações conflituosas com o atual marido e com o anterior; segundo a teoria sistêmica (BRASIL, 2006), o arranjo familiar seria disfuncional. O vínculo forte e efetivo é estabelecido com a neta menor.

Evidencia-se a presença da causa biológica, ambiental e social nas quedas ocorridas com essa idosa. Pela presença da fragilidade física, psicológica, condições de vida precárias e relações conflituosas no domicílio, as causas, além de estarem associadas, em alguns momentos se perpassam ou se mesclam.

Outra situação é a de IM7, um dos idosos que residia sozinho, conforme a figura 12, tinha no seu círculo social: amigos, vizinhos e um forte vínculo com o serviço de saúde. Por outro lado, mantinha relação frágil com todos os seus filhos homens. A relação forte era estabelecida com as duas filhas mulheres e respectivos filhos, os quais visitava, como está ilustrado a seguir.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

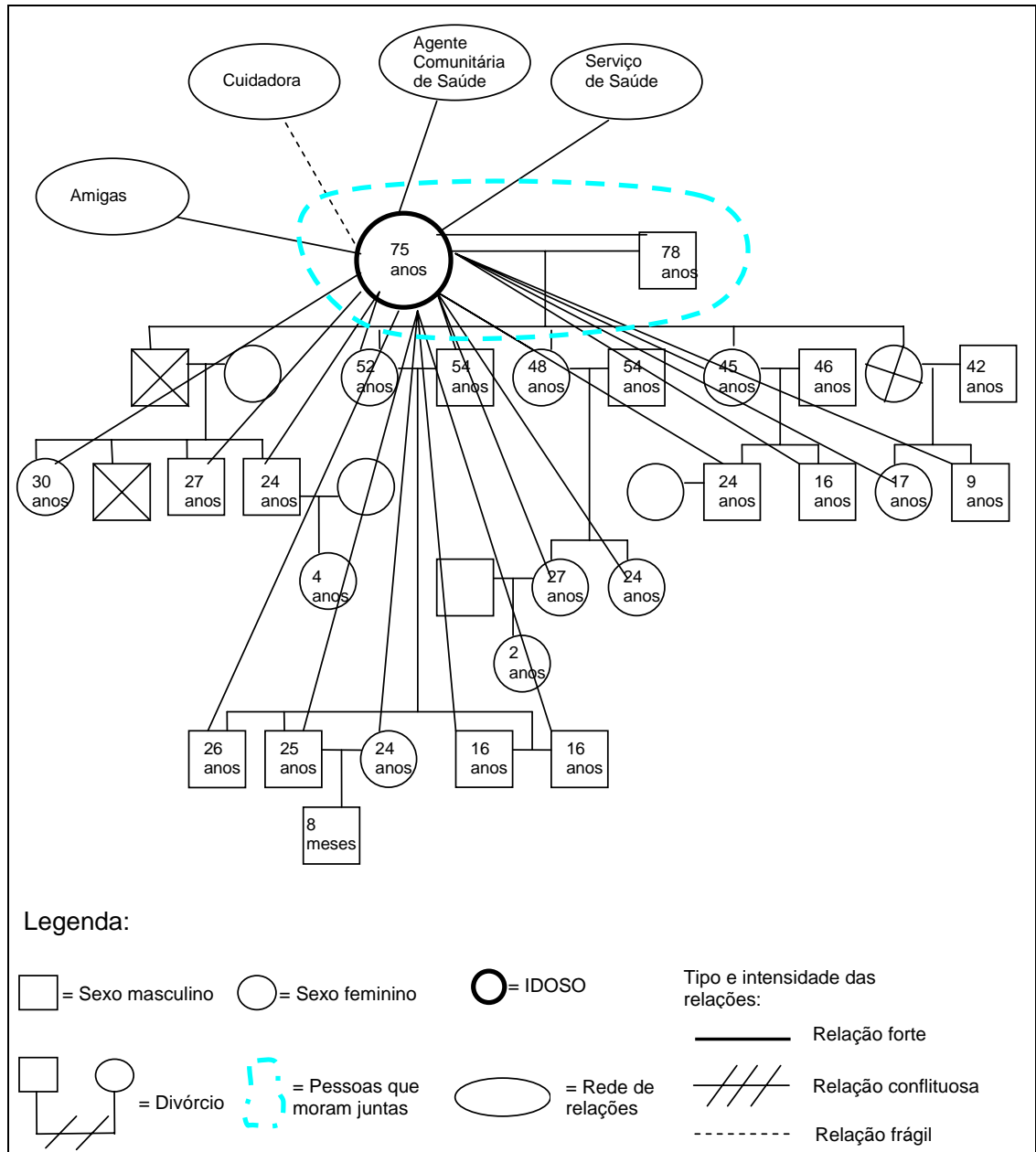
Figura 12 – Idoso vivendo só, relações fortes com filhas e frágeis com os filhos, Porto Alegre, 2008.

A queda ocorreu em via pública, decorrente de problemas ambientais devido à irregularidade do asfalto, associados à diminuição da acuidade visual e estado alterado do idoso como se pode observar na seqüência:

... Fui atravessar e tinha uma canaleta formado pelo asfalto de tanto passar os ônibus. Tropecei e fui direto ao chão com sacolas e tudo. Cai encima do braço Eu já fui céu de brigadeiro, agora não levo tudo tão a sério, tento levar as coisas mais na brincadeira...IM7.

Pode-se pensar na associação de três fatores, o biológico, o ambiental e o social.

Já IF9, (figura 13), como a maioria dos entrevistados, morava com o cônjuge, no domicílio de uma geração. Mantinha relações fortes e afetivas com o esposo, os filhos, os netos, bisnetos e com a comunidade, por meio das amigas, serviço de saúde, em especial com a sua agente comunitária. Referiu como relacionamento frágil seu vínculo com a cuidadora, talvez devido à dependência que a mesma possuía, pois conforme citado anteriormente por Valla, o apoio social trata-se de um processo recíproco, permitindo que ambas as partes tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.



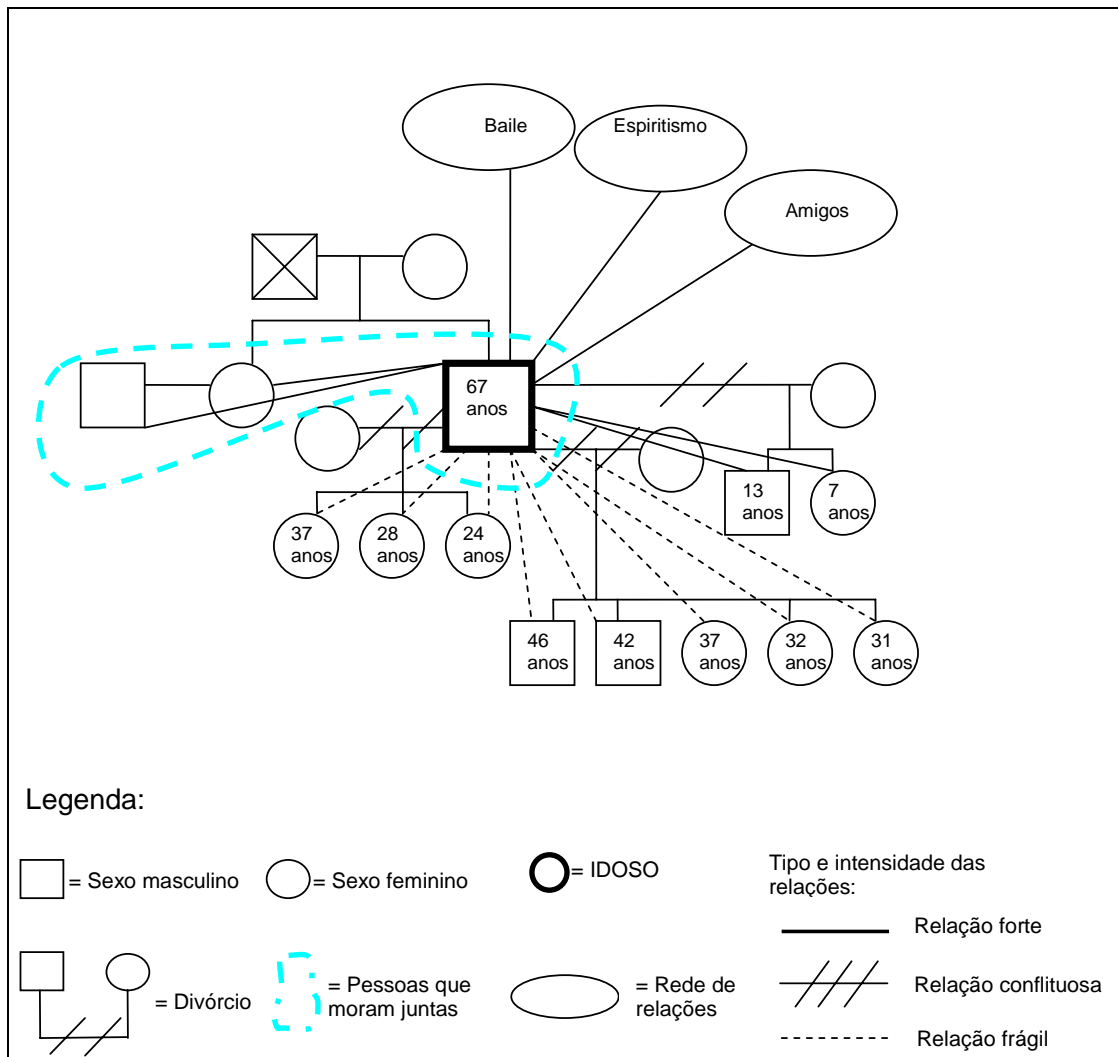
Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 13 – Domicílio unigeracional, reside somente o casal, sistema funcional, Porto Alegre, 2008.

Nesta perspectiva, aponta-se que IF9 (como se pode visualizar na figura 14) tinha um vínculo frágil com a cuidadora, pois percebia-se numa relação desigual, onde possivelmente sentia falta de controle sobre sua própria vida.

O idoso IM8, apesar de já ter experienciado várias situações conjugais e ter muitos filhos, não lembrava do nome da maioria deles. Tinha vínculo forte somente

com os dois filhos menores, de seu terceiro casamento. No tocante às relações com as ex-mulheres todas eram conflituosas, como se observa na figura 14.



Fonte: Pesquisa direta, própria autora, ARAUJO, V. E, Porto Alegre, 2008.

Figura 14 – Domicílio unigeracional, sistema disfuncional, Porto Alegre, 2008.

O mesmo residia com a irmã e o cunhado, em situação de falta de espaço e precariedade socioeconômica.

No que concerne às relações externas, referiu vínculos fortes com amigos, pessoas ligadas aos bailes, que freqüentava, e, ao espiritismo. A situação de conflito conjugal e o forte vínculo com os filhos menores estão expressos na fala a seguir:

...Tem muita coisa que gosto de fazer, mas não tenho tempo. Estou construindo uma casa para a atual esposa. Estamos brigados, mas são os filhos que mais eu prezo, que são meus companheiros... Gosto mais de dançar mesmo. Já fui a muitos bailes...IM8.

Constata-se um arranjo familiar disfuncional e a necessidade de um envolvimento comunitário, talvez como forma de suprir melhoria da confiança pessoal e da capacidade de enfrentar problemas.

Nesse sentido, corrobora-se o que Valla (1999) referiu quando advogou que o envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da auto-estima, da satisfação com a vida e do enfrentamento de problemas. A participação social permite reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

No decorrer da pesquisa surgiram elementos novos, os quais não faziam parte dos objetivos específicos, mas devido à riqueza dos dados, optou-se por agregá-los ao estudo. Esses elementos se referem às estratégias de enfrentamento do processo de envelhecimento e constituem basicamente em atividade física, lazer, conscientização e uso adequado de tabaco e bebida alcoólica e a espiritualidade.

Quanto à atividade física entende-se como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos do qual resultam dispêndios energéticos, compreendida como prática relevante para benefício à saúde. Diversos autores recomendam a atividade física para melhorar e manter a saúde e as capacidades físicas, cardiovasculares e músculo-esqueléticas, com ênfase na prevenção de doenças crônico degenerativas (GONÇALVES; BASSO, 2008). As vantagens da atividade física não se restringem apenas à parte orgânica, ocorrendo, também, efeitos positivos psicológicos, como o aumento da auto-estima e da confiança, o que permite a maior integração do idoso na sociedade, (SANTARÉM; JACOB FILHO, 2006).

Jacob Filho *et al.* (2006), parafraseando Hipócrates, refere que “as partes do corpo que se mantêm ativas, envelhecem lentamente e com saúde, enquanto as inúteis ficam doentes e envelhecem precocemente”. Assim, todo aquele que acredita num envelhecimento saudável, deve estar ciente de que apenas uma constante determinação de ampliar sua condição funcional é o caminho que leva a uma longevidade extensa e intensa. Estes mesmos autores creditam à atividade física a possibilidade da manutenção ou recuperação da autonomia e independência.

O número crescente de quedas com o aumento da idade é consistente na literatura (BUENO-CAVANILLAS *et al.*, 2000; LORD; MENZ; SHERRINGTON, 2006). O envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando as quedas. Uma das formas de minimizar essa perda decorrente

do envelhecimento é a prática de atividade física. Dados atuais indicam que esta prática na adolescência e na idade adulta diminui a ocorrência de quedas, osteoporose e outras doenças crônicas. Idosos sedentários apresentam maior prevalência de quedas (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Alguns idosos apontaram a atividade física como um meio de ter um envelhecimento saudável, o que pode ser comprovado nas próximas falas:

... Eu caminho muito, eu vou daqui a Azenha a pé e volto também, não por necessidade, eu faço para caminhar. Amigos passam de carro e oferecem carona, e eu declino, pois gosto de caminhar... Duas vezes por semana, faço trajeto de carro até à Bento e caminho de 30 a 40 minutos, esta é minha caminhada que faço de manhã...IM3.

...Gosto de ir para a rua andar (sorrisos), caminhar, caminhar, ver umas coisas, ver outras coisas, gente, bicho e sei lá... Tenho caminhado bastante, quando é um lugar não muito longe eu vou a pé, para não pegar ônibus, nem nada, chego a caminhar duas vezes por semana...IF1.

...E caminho pela vizinhança. O mais longe que vou é no Posto de Saúde, para buscar meus remédios...IF12.

...Caminhar, eu caminho sempre. O médico não precisa me mandar, porque eu caminho muito, mesmo com o pé assim. Eu não gosto de me entregar.... Faço o que tem que fazer e vou em frente...IM8

Diferentes literaturas pesquisadas apontam que as quedas representam importante situação de risco entre idosos, não apenas pela possibilidade de provocar traumas e fraturas, mas também pelas suas conseqüências emocionais, hoje conhecidas como “síndrome pós-queda”. Atualmente já se reconhece que a redução muscular é o principal fator relacionado às quedas em idosos (MAZZEO; HIROFUMI, 2001).

Acredita-se que estimulando a prática da atividade física, além de contribuir para a manutenção da autonomia, se propicia a aquisição da massa muscular, e, conseqüentemente contribuindo para a prevenção de quedas.

Entretanto, conforme as ilustrações anteriores e descrição, observa-se que a região da Lomba do Pinheiro e Partenon dificulta a prática de atividade física devido às suas precárias condições ambientais.

No que diz respeito as estratégias de lazer, nesta pesquisa, utilizou-se o conceito de lazer de Melo e Alves Junior (2003, p.32) como:

As atividades de lazer são *atividades culturais*, em seu sentido mais amplo, englobando os diversos interesses humanos, suas diversas linguagens e manifestações; podem ser efetuadas no *tempo livre* das obrigações profissionais, domésticas religiosas, e das necessidades físicas; são buscadas tendo em vista o *prazer* que possibilitam, embora nem sempre isso ocorra e o prazer não deva ser compreendido como exclusividade de tais atividades.

Frente à pergunta “O que gosta de fazer para se distrair?”, A maioria dos idosos referiu as atividades diárias, como uma forma de lazer. Como se pode perceber nas falas seguintes:

...Olha eu gosto de limpar a casa...IF10.

...Gosto de tomar meu café, limpar a casa, limpar o pátio, limpar o banheiro, assim eu passo a manhã...Depois do almoço, depois de arrumar a cozinha, ninguém me viu, vou para a cama, ahahahah (sorrisos). Gosto de mexer nos meus canteiros, vou capinar...IF6.

...Faço de tudo um pouco, gosto de arrumar o roupeiro e a roupa, quando enxergava gostava de fazer roupas para fora...IF5.

...Só saio quando vou visitar minha filha. O resto é cuidar das coisas de casa mesmo. Lavar roupa, varrer o pátio...IM7.

Pensa-se que devido ao fato de a maioria dos idosos serem de uma época em que as mulheres tinham como ocupação a atividade do lar elas sentem prazer em executá-las e a organização da casa, faz parte de suas atividades diárias, as quais realizam de forma independente.

Nas falas anteriores percebe-se também a necessidade do controle de sua vida, bem como o ânimo encontrado nas pequenas coisas do cotidiano, tais como: no cuidar de sua casa, das roupas, dos jardins e dos familiares.

Mesmo os homens pesquisados expressaram seu lazer nas atividades de vida diária, até porque, eram aposentados, e, as incapacidades, principalmente as visuais, os impossibilitavam dos prazeres ligados à profissão, como a de fotógrafo, costureira, e aos trabalhos manuais, fonte de prazer de muitas mulheres. Nestas tarefas, elas se sentem úteis e cientes do controle de sua vida, ou seja, a percepção da autonomia plena. Diante da provocação da agente comunitária, de que as atividades diárias não são lazer: ...Bem coisa de mulher. Limpar a casa, não é distração, Dona...

A réplica da idosa foi: ...Mas eu gosto de limpar a minha casa e ver novela...IF10.

Ou seja, muitas idosas tinham as atividades diárias, não como uma obrigação, mas como uma atividade prazerosa.

As atividades comunitárias e de passeio foram referidas apenas por uma minoria de idosos. Como pode ser observado nas próximas falas:

...É o que faço aqui na zona, gosto muito de cooperar com a turma toda, é água, luz, é buraco, o que eu vejo errado, eu tomo providência, dou um jeito, chamo um órgão público que atenda ali...IM3.

...Gosto de ir ao jardim zoológico, Também em Gravataí, na casa de minha filha. Gosto de ir à rodoviária e sentar lá, almoçar, tomar cafezinho, ficar olhando o movimento. Pegar um ônibus, ir para São Francisco de Paula, onde eu gosto muito de ir almoçar lá no restaurante, sozinha e Deus... (sorrisos)... Gosto de me sentir livre e independente (sorrisos)...IF1.

Existe consenso na literatura de que a prática da atividade física gera bem-estar por meio da movimentação do corpo. Deve-se, sim, pensar na introdução de atividades físicas nos programas de lazer, tentando sensibilizar o grupo/indivíduo para as possibilidades de prazer resultantes de tais práticas (MELO; ALVES JUNIOR, 2003).

Na literatura nacional pesquisada não foram encontrados dados relativos à associação entre lazer e quedas em idosos. Acredita-se que possa ser atribuído ao fato de não haver estudos específicos nesta área ou não disponibilizados na rede.

Pensa-se que na medida em que o lazer possibilita a melhora da auto-estima, o controle de si e um sentido a vida, serve como uma ferramenta, ou estratégia a ser estimulada junto aos idosos, na medida em que funciona como um apoio social, acreditando-se que o aumento da auto-estima fortalece a pessoa no enfrentamento das adversidades da vida.

O único estudo encontrado na literatura internacional que relaciona lazer com quedas, dos autores Lord; Menz e Sherrington (2006) mencionam que os idosos que não indicaram leitura como atividade de lazer, tiveram mais chance de ter quedas recorrentes, pois a leitura envolve algumas habilidades cognitivas específicas, como atenção, um fator importante na manutenção do equilíbrio. Os idosos com risco aumentado de quedas podem não ter condições de alocar recursos relacionados à atenção, suficientes para o controle postural.

Dos sujeitos entrevistados não houve menção da leitura como atividade de lazer, talvez devido à baixa escolaridade, pouca renda e ao fato de muitos idosos terem acuidade visual diminuída.

Outra estratégia postas em prática pelos idosos do estudo é a conscientização e uso adequado de tabaco e bebidas alcoólicas. Estudos de Siqueira (2007) concluíram que a prevalência de quedas nos idosos poderia ser reduzida com o planejamento de ações voltadas às suas necessidades nas Unidades de saúde especialmente aos fatores associados passíveis de prevenção.

Alguns idosos entrevistados apontaram como estratégias de promoção à saúde a abstenção da ingestão de bebida alcoólica e do tabagismo, como ilustrado a seguir:

...Não fumo, não bebo, não jogo nem nada. A única coisa que acho é que o fumo acaba com a pessoa, a bebida também né, estas duas coisas que não faço, e saio, não fico em casa para ter depressão, e acho que isto ai nunca vou ter, estou sempre na rua..IF1

Foi destacado, nas falas, que a abstenção possibilitaria a longevidade e/ou qualidade de vida, como se pode verificar na próxima fala:

... Tomei 14 cervejas naquele dia, me deu um estado de pressão alta. O médico falou que se eu quisesse tomar toda cerveja, poderia, só que não iria durar muito. Sai de lá e vim embora, pensando, o doutor estudou ele sabe que eu não posso tomar álcool e eu não tomei mais. Hoje só tomo refrigerante light, já deixei de ir a vários aniversários e festas...Assim, tem um conjunto de amigos tomando cerveja, whisky, vodka, seja o que for, eu estou no meio, só pepsi, fica feio né? Então eu não vou, vou para a praia do Magistério e só tomo refrigerante light, sempre, sempre, háhaha (sorrisos)...IM3

Porém, às vezes a abstenção do álcool pode causar um isolamento social, mesmo sendo um importante ato preventivo. Pensa-se que as intervenções de saúde necessitam ser contextualizadas. Assim, neste exemplo, a restrição do convívio social poderia ser questionada pelo profissional de saúde, tendo em vista os riscos e benefícios de um e de outro.

No campo da espiritualidade considera-se, conforme Houaiss (2002), “tudo que tem por objeto a vida espiritual, ou seja, elevação, transcendência e sublimidade”. A busca de uma espiritualidade, de um sentido maior para enfrentar as adversidades da vida, as situações de perdas e os conflitos são expressos nas próximas falas:

...Já freqüentei o espiritismo, mas larguei também. Agora é só Deus e mais nada, não tenho mais religião...IM8

...Gostava de ir à igreja, no terreiro de umbanda, gostava de ir nesses lugares todos, quando a esposa era viva...IM2

...Eu tenho rezado para Deus, pedindo que me ajude a não esquecer as coisas...IM13

...Graças a Deus sou uma criatura alegre, não gosto de sair de casa só se sou obrigada mesmo, tenho que ir para a igreja buscar o meu Deus, pois é ele que me cuida...IF6

Estudos de Araujo e Alves (2001) apontam que entre as pessoas idosas, 24,7% delas estão associadas a Órgãos Comunitários, a maior parte deles constituída por associações religiosas (52,4 %), sendo que a existência desses laços possibilita uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência para o idoso.

Valla (1999) levanta a hipótese de que as igrejas, mediante a proposta espiritual e/ou religiosa oferecem aos fiéis um sentido de solidariedade, respeito e prestígio, como também um sentido de coerência da vida e controle sobre a mesma. Acrescenta que explícita ou implicitamente a questão da saúde está presente, seja, pela busca da cura, seja pela idéia subjacente do apoio social. Assim, as pessoas no afã de cura ou de ânimo para o enfrentamento cotidiano, buscam por meio da transcendência ou na igreja, um sentido para a vida. A relação com a religião pode ser vista como uma tentativa de resolver exclusivamente um problema material, também poderia ser o resultado da vontade de viver de maneira mais plenamente possível. Poderia ser a busca de uma explicação, um sentido, algo que faz a vida coerente, que é uma das propostas do apoio social (VALLA, 2000).

Dos quatro diagramas de relações sociais apresentados, em dois, o sistema de saúde e as agentes de saúde aparecem com relacionamento forte. Como já foi citado, era a primeira escolha, na hora do aperto, para IM13, que residia sozinho. Somente em uma das situações é que a religião apareceu explicitada nas formas de enfrentamento dos problemas cotidianos, o que não quer dizer que não estejam presentes nas demais situações.

Novamente Valla (1999) ajuda-nos a refletir sobre o apoio social dentro de um contexto de uma relação homem integral e meio ambiente, citando a igreja, serviços de saúde, na figura do agente comunitário, como intermediários desta relação e que atuam reciprocamente, numa ação positiva, de apoio social.

Quando se pensa em planejamento ou em estratégias relacionadas à saúde do idoso, acredita-se que a manutenção de sua autonomia seja a prioridade na ação

da intervenção, considerando-se, aqui, o conceito mais amplo de autonomia, como a possibilidade de reger-se segundo as próprias leis (HOUAISS, 2002).

No âmbito da Saúde, a autonomia é um processo ou modo de levar a vida que implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua própria vida, permitindo a resignificação efetiva de seu modo de viver, incluindo a luta pela satisfação de suas necessidades de uma forma mais abrangente possível (CECÍLIO, 2001).

Para Ramos *et al.*(1993, p.9), a filosofia básica referente ao idoso deve ser a de:

Procurar manter a autonomia do indivíduo pelo maior tempo possível, pois a perda da mesma gera sobrecarga para a família e para o sistema de saúde. Pensa-se que a porta de entrada para o idoso pós-quedas seja a UBS, com pessoal treinado para fazer frente à problemática multiforme do idoso, incluindo o fisioterapeuta. Assim como instituir a realização em massa de cirurgias eletivas, tais como a catarata e prótese total de quadril, que podem mudar drasticamente a autonomia desta parcela da população .

Pensa-se que quanto mais estimularmos a independência e a autonomia do idoso, estaremos prolongando o sentido de controle da sua vida e seu significado de viver.

Nesta perspectiva, considera-se que um olhar mais abrangente, respeitando a especificidade de cada indivíduo em seu contexto, e, do profissional de saúde, voltado para a prevenção das quedas, incluindo estratégias e ações, sempre com a real participação do idoso e seu familiar e/ou cuidador.

“A morte não assusta, pois sabemos que faz parte da vida. No entanto, tememos a dependência, a perda da dignidade, a solidão e o sofrimento que, sabemos, podem anteceder a morte”. Essas afirmações fazem parte das predisposições individuais e sociais de 80% dos idosos e de 90% dos não idosos entrevistados na pesquisa Idosos no Brasil, realização da Fundação Perceus Abramo e Serviço Social do Comércio (SESC) (NERI, A. L., 2007, p.33).

Pensa-se haver necessidade de profissionais preparados para orientar os idosos no sentido de prevenir as quedas ocasionais e as recorrentes, assim como minimizar suas conseqüências. Salienta-se que esta negociação de cuidados e planejamento deva ser compartilhada e consensual também com o familiar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intencionando finalizar esta dissertação, com um prazo a cumprir, sabe-se que o conhecimento é infinito, é sempre um processo de aprendizagem, por meio de leituras, entrevistas, do simples ato de viver, o conhecimento vai se construindo. Desconstroem-se preconceitos e (re)constroem-se novos valores.

O conhecimento produzido nesta dissertação, pode servir de recurso que auxilie a construção do quadro situacional em relação às causas de quedas em idosos, permitindo aos profissionais de Saúde o acesso a subsídios norteadores de suas ações na assistência, ensino e pesquisa com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dessa população.

O título escolhido, “Na corda bamba da vida: causas de quedas de idosos” faz alusão à instabilidade dessa faixa etária, a que de certa forma, todos estamos expostos, como causa acidental, no transcorrer da existência. A instabilidade, sob forma de desequilíbrio que possibilita a queda, pode ser causada por circunstâncias físicas ou emocionais, causas ambientais, expressas na precariedade dos ambientes em que vivem, ou nos ambientes públicos, e, por último pela exigüidade da rede social que vai se fragilizando com as diversas perdas, ao longo da vida.

Com relação às características sociodemográficas constatou-se que os sujeitos da pesquisa eram predominantemente mulheres, brancas, casadas, com idade média de 74 anos e com baixa escolaridade.

Com o intuito de analisar e sintetizar as características socioeconômicas, verificou-se que os idosos eram, em sua maioria, aposentados ou dependentes da aposentadoria dos cônjuges, com renda de um salário mínimo, sem renda adicional; residiam em casas de alvenaria, própria, de cinco a seis cômodos, sendo de um ou dois dormitórios, em condições sanitárias e de destinos de efluentes adequados.

As referidas moradias onde os idosos habitavam sozinhos ou com os familiares, foram fruto de seus esforços e da luta pela sobrevivência no mercado de trabalho. Mesmo recebendo de um a dois salários mínimos, construíram suas casas e a de seus filhos, com muita perseverança e sacrifício.

Com relação à dependência de cuidados e comorbidades, a predominância de doenças crônicas foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida de Acidente

Vascular Cerebral (AVC). Constatou-se que os idosos, em sua maioria, não dependiam de cuidados em sua atividade de vida diária.

Uma das dificuldades deste estudo foi a caracterização da queda, que constava no registro de Causas Externas do Banco do Observatório, devido ao espaço de tempo ocorrido entre a queda e o levantamento dos dados da pesquisa.

Frente ao acima exposto, acredita-se na premente necessidade de aprofundamento dos estudos nesta Área, devido à relevância da temática, às sub-notificações, e à perspectiva da longevidade da população.

A maior dificuldade neste estudo foi elaborar uma tipologia de quedas que classificasse todas as causas descritas – ambiental, fisiológica e social. Isto porque, na análise, verificou-se que a multifatorialidade não permite dissociar as diferentes causas. Assim, mesmo que a evidência de uma queda recaísse em um determinado fator ambiental, o idoso poderia ser portador de uma doença crônica e/ou de uma incapacidade física que interferiria nesse evento.

A produção das quedas em idosos envolve inúmeras causas, por exemplo: políticas, econômicas, culturais, religiosas, etárias e étnicas, o que torna bastante complexas medidas de prevenção e controle.

Frente ao exposto conclui-se, portanto que as causas de quedas são indissociáveis, inter-relacionadas, complexas e exigem uma intervenção multidisciplinar, inter-setorial e uma ampla visão dos profissionais de saúde, além de uma franca negociação junto ao idoso e familiar, avaliando seu contexto e especificidade.

Acredita-se que a triangulação de métodos, com abordagem quantitativa e qualitativa, por meio da elaboração e análise do genograma e do diagrama das relações sociais, e ainda, a utilização de imagens do local onde ocorreu a queda, por meio da fotografia, possibilitaram um aprofundamento deste estudo. A triangulação de métodos permitiu a ampliação do olhar na coleta e análise dos dados, para a construção de uma “colcha de retalhos”, ou seja, esta dissertação de mestrado. Ao apropriar-se de conhecimentos já adquiridos, por meio da leitura, das falas dos entrevistados, relatando suas vivências e descrição das quedas, assim como a percepção das causas das mesmas, envolvendo o fator fisiológico, emocional, ambiental e o contexto social constrói-se as reflexões.

Além disto, no diálogo entre esses diferentes atores (pesquisadores, idosos entrevistados e a presente autora e orientadora) teve-se a pretensão de tecer novos

conhecimentos, com os quais gostaríamos de partilhar, disseminando e trocando idéias, viabilizando discussões, incentivando políticas públicas que proporcionem melhorias para essa população, tão rica em vivências e trajetórias, tão desprovidas de reconhecimento e auxílio.

Pensa-se que os idosos possuem uma riqueza de estratégias de vida, que na perspectiva deste estudo, poderiam ser aprofundadas em pesquisas posteriores, servindo de subsídios para ampliar conhecimentos científicos, servindo de base para a assistência e pulverização das experiências e conhecimento de vida dos idosos, o que resgataria a riqueza do saber viver e estimularia os mesmos a andar sobre suas próprias pernas.

Por meio desse diálogo com o indivíduo quanto a sua forma de viver, possibilitar-se-iam outros olhares, partilhando estratégias e compactuando formas de melhorar a sua qualidade de vida, estabelecendo vínculos e afetos, promovendo a manutenção da rede social.

A estratégia de olhar no olho do outro, procurando perceber sua forma de pensar, de andar a vida, de escutar o pulsar de seu coração, partilhando conhecimentos de vida, possibilitaria o estabelecimento de recursos que promovam a qualidade de vida e diminuam a incidência de quedas, tão freqüentes nessa faixa etária.

Observou-se a importância da rede social, nesta pesquisa, e como ela vai se fragilizando ao longo do processo do envelhecimento, seja por perdas, migração ou enfraquecimento dos vínculos, bem como, pela desmotivação na renovação dos mesmos e na redução das ocasiões sociais para a sua manutenção. Por outro lado, constatou-se, em alguns idosos uma grande vontade de viver, não se cristalizando no passado, em suas memórias, mantendo-se abertos a novas experiências e, dentro de suas possibilidades, procurando, por meio de atividades de lazer e mesmo do cotidiano, estar no controle de suas ações, sentindo autonomia e prazer em saborear a vida.

Considera-se necessário desenvolver medidas preventivas e de controle com relação a quedas de idosos, incluindo Políticas Públicas e ações programáticas de saúde, orientadas para o espaço social e ambiental potencialmente de maior risco de acidentes por Causas Externas, assim como, a adequação dos espaços públicos, o que deverá se constituir, sem dúvida, uma premência de nossa sociedade.

O desafio consiste em conhecer mais o processo do envelhecimento e as causas de quedas, para democratizar-se o atendimento, visando a possibilitar mais qualidade de vida e não somente o prolongamento desse tempo.

A atividade física, embora deva ser sempre estimulada e orientada, no sentido de manter a massa muscular no idoso, deve ser contextualizada, pois a precariedade do ambiente no entorno da moradia e das calçadas e ambientes públicos, como foi o caso da Região de estudo, potencializa a ocorrência de quedas. Constata-se a necessidade políticas públicas de saúde visando à infra-estrutura que possibilitasse a prática de atividade física dos idosos.

Talvez se devesse seguir o enfoque das políticas das Comunidades Europeias, no sentido de incentivar as pessoas a permanecerem mais tempo trabalhando, postergando a aposentadoria, por vontade própria, o que as tornaria mais capazes e felizes na função.

Neste sentido, acredita-se que, quanto mais estimulada a independência e a autonomia do idoso, mais se estará prolongando o seu sentido de controle da vida e o significado de viver.

O efeito acumulativo das alterações relacionadas à idade, doenças, meio ambiente inadequado, inexistência de apoio familiar e/ou redes sociais, parecem predispor às quedas. Deste modo, as redes sociais podem influenciar positiva ou negativamente as quedas nos idosos.

Pensa-se e concorda-se com autores citados quanto à necessidade de qualificar os profissionais de saúde da Atenção Básica, no sentido de minimizar as quedas, orientando, promovendo, tecendo, junto ao idoso, estratégias de enfrentamento das causas de quedas e/ou das adversidades da vida.

Nesta perspectiva, pensa-se que uma das formas seria um olhar mais abrangente de todos que lidam, de alguma forma, com o idoso, respeitando a sua especificidade, seus valores e ideais na promoção da saúde e do bem estar desse indivíduo, tendo sempre presente a valorização da sua cidadania.

Conclui-se, ressaltando a importância da responsabilidade pelo cuidado e da política do profissional de saúde em visualizar, contextualizar e respeitar as escolhas dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ABREU FILHO, H. (Org.) **Comentários sobre o Estatuto do Idoso**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

AGUDELO, S. F. La violencia un problema de salud pública que se agreva en la región. **Boletim Epidemiologico**. V.1, p.01-7, 1990.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagem em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 143-156.

ARAÚJO, T. C. N. A.; ALVES, M. I. C. **Perfil da população idosa no Brasil**. *In*: VERAS, R. P. (Org). Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UERJ. UNATI, 2001.

ARAÚJO, S. S. C. *et al.* Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface Comunic. Saúde. Educ.**, Florianópolis, v. 10, n.19, p. 203-16, 2006.

AVIÑA-VALENCIA, J.; MENESES-GONZÁLEZ, F.; AZPIAZU-LEE, J. Accidentes y violencia en México: un problema de salud em los albores del tercer milenio. **Cir. Ciruj.**, México, v. 68, n. 3, mayo/junio, 2000.

BASSIT, A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. *In*: Py, L. et al. (Org.). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

BIAZIN, D. T., **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. 2006. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006.

BRASIL Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Define as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF, [1996].

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Morbimortalidade por acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/1981, publicada no DOU nº96 seção 1e de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Série E, Legislação de Saúde, 8)

_____. **Projeto de Lei da Câmara nº 57 de 2003**. Estatuto do idoso. Brasília, DF, 1994. 3 p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE). **Censo demográfico de 2005**. Disponíveis em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 4 set.. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE). **Censo demográfico de**

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157- 83.

BUENO-CAVANILLAS, A. *et al.* Risk factors in fall among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. **Eur. J. Epidemiol**, V. 16, n. 9, p. 849-59, 2000.

BUENO, A. L. M. **A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS: um olhar epidemiológico**. 2006. 60f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,. p. 58-71, 2007.

CAMARANO, A. A. *et al.* **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CARLOS, S. A.; HEREDIA, O. C. **Envelhecimento e condições de vida dos idosos no sul do Brasil**. In: CASTRO, O. P. *et al.* (Org). **Envelhecer: revisitando o corpo**. Sapucaia do Sul (RS): Notadez, p.123-34, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p.113-26, 2001.

CHAMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v.11, n. 2, p.3 –11, 2002

COCCO, M. **Geração e gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre**. 2007 164f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de quedas em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1359-66, 2002.

ELIOPOULOS, C. Transições da vida. *In: Enfermagem Gerontológica*. Porto Alegre, ARTMED. 5ª Ed., p. 60-73, 2005.

ESTEFANI, G. A. **Perfil de idosos atendidos em ambulatório de geriatria segundo a ocorrência de quedas**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

FABRÍCIO, S. C. C; RODRIGUES, R. A. P; COSTA JUNIOR, M. L. C. Causas e conseqüências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.38, n. 1, p. 93-9, 2004.

FLORES, G. A. L.; NASCIMENTO, N. M. R.; CRUZ, I. B. M. Aspectos biopsicosociais do idoso e o envelhecimento bem-sucedido *In: Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre: EPIPUCRS, v. 2, 2000.

GAWRYSEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; RODRIGUES, E. M. S. The burden of injury in Brazil, 2003. São Paulo. **Med. J.**, v.124, n. 4, p. 208–13, 2006.

GERHARDT, T. E. **Antropologie et santé publique: approche interdisciplinaire**. pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362 f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) - Universeté de Bordeaux 2, Bordeaux, 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-63, nov. 2006.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, v.1, p. 279-300, 2007.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDMAN, S. N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. *In: PY, L. et al. (Org.) Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. *In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos* abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GONÇALVES, A.; BASSO, A. C. **Atividade Física** In: GONÇALVES, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. (Org.). **Dicionário crítico de Educação Física**. 2.ed. Rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008.

GONÇALVES, D. F. F. **Avaliação de equilíbrio funcional de idosos de comunidade em relação ao histórico de quedas**. Campinas, 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2006.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

HWANG, H. F. *et al.*, Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. **Age and Ageing**, v. 32, p.593-600, 2003.

JACOB FILHO, W. *et al.* **Atividade física e envelhecimento saudável**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KONRAD, H. R.; GIRARDI, M.; HELFERT, R. Balance and Aging. **Laryngoscope**. n. 109, p.454-60, 1999.

LEAL, S. M.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “ o olhar” da enfermagem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p.419-30, 2005.

LEE, H. K. M.; SCUDDS, R. J. Comparison of balance in older people with and without visual impairment. **Age and Ageing**, v. 32, p.643–9, 2003.

LOPES, M. J. M. **Envelhecimento Humano**: A enfermagem no contexto interdisciplinar. In: Jornada Integrada SEM/SEC. HCPA, 2005. Apresentação em Power Point, sem edição impressa.

_____. (coord.). **Projeto de Pesquisa e Desenvolvimento Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde do Município de Porto Alegre**.CNPq. 25f. Porto Alegre, 2005/2007.

LORD, S. R.; MENZ, H. B.; SHERRINGTON, C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. **Age and Ageing**, V. 35 (Suppl 2), p. 1155-59, 2006.

MATHIAS, T. A. F.; MELLO-JORGE, M. H. P.; ANDRADE, O. G. Morbidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem**. V.14, n.1, p.17-24, 2006

MAZZEO, R. S.; HIROFUMI, T. Exercise prescription for the elderly: current recommendations. **Sport Méd**, V. 31, p. 809-18, 2001.

MEIRA, E. C. *et al.* Riscos de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos. **Textos envelhecimento**. Rio de Janeiro: UNATI, v. 8, n. 3, 2005. Disponível em

www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300006&lng=pt&nr... - 57k. Acesso em 22 fev.2008.

MEIRELES, V. C. *et al.* Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n.1, jan/abr 2007.

MELO, V. A.; ALVES JUNIOR, E. D. **Introdução ao lazer**. Barueri, SP: Manole, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Jun., v.19, n. 3, p. 783-91, 2003.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes. 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORRIS, M. *et al.* Predisposing factors for occasional and multiple falls in older Australians who live at home. **Aust. J. Physiother**, V. 50, n. 3, p. 153 – 9, 2004.

MOURA, A. T. M. S.; REICHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-53, 2005.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. *In*: NERI (Org.) *et al.* **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perceus Abramo, Edições SESC/SP, p.34-46, 2007.

OLIVEIRA, R. C. **Estudo de ocorrência de quedas e seus fatores de risco em idosos não institucionalizados na cidade de Batatais (SP)**. 2002 91f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OPAS. Organização Mundial da Saúde. **Las condiciones de salud em las Americas**. Washington, DC; OPAS/OMS;1990.

. _____. **Mantenerse en forma para la vida:** necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washington, DC, OPAS, 2004.

PAIM, J. S. *et al.* Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (BA), **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 6, n. 5, p. 321-32, 1999.

PAYNE, F. J. *et al.* Falls among the elderly: A Community Prevention Program, **American Journal of Public Health**, n. 82, p. 892-4, 1992

PEREIRA, S. R. M. *et al.*, **Quedas em idosos**. Projeto Diretrizes, AMB, CFM. São Paulo, p. 1-9, 2001.

PEREIRA, S. R. M. **Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fraturas de fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso**. 2003.119 f. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

PERELL *et al.*, Fall risk assessment measures: an analytic review. **J. Gerontol**, v. 56, n.12, p.761-6, 2001.

PERRACINI, M. R., **Prevenção e manejo de quedas no idoso**. Disponível em: <http://www.pequi.Incubadora.FAPESP.Br./portal/quedas/> Acesso em: 7 mar. 2008.

PINTO, J. L. G. *et al.* Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.753-64, 2006.

PORTO ALEGRE. **Observa POA**. 2008. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>. Acesso em: 10 mar. 2008.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal da Cultura. **Memórias dos Bairros: Lomba do Pinheiro**, Porto Alegre: EU, 2000.

RAMOS, L. R. *et al.* .Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, Apr. 1993.

RIBEIRO, A. P. *et al.*, A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva para a Sociedade**, Rio de Janeiro, 2008. http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=271 .Acesso em 24 abr.2008.

ROCHA, S. M. M; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 709-4, 2002.

RODRIGUES, G; DENEGRÍ, A. F. The development of a community based initiative for safety promotion in a large urban center of south Brazil, strategies and challenges

facing socio economical conditions and institutional changes. **13º Conferência Mundial das Cidades Protetoras**. Praga, Jun. 2004.

ROESE, A. *et al.* Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **On-line Brazilian Journal of Nursing**, V. 5, n. 3, p. 1-12, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. *In*: ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.17-35.

RUBENSTEIN, L. Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and Ageing**. V.35 (Suppl 2), p.1137-41, 2007.

SANT'ANA, A. R. **Vulnerabilidade ao Homicídio**: sócio-histórica das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997. 2000. 171f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

SANT'ANA, A. R.; LOPES, M. J. M. Homicídios entre adolescentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil; vulnerabilidade e culturas de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.18, p.1509-18, 2002.

SANTARÉM, J. M.; JACOB FILHO, W. Evidências em Atividade Física. *In*: JACOB FILHO, W. *et al.* **Atividade física e envelhecimento saudável**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 31-42, 2006.

SILVA, J. L. A. **O idoso no município de ARAMBARÉ, RS**: um contexto rural de envelhecimento. Porto Alegre, 2005. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SILVA, T. M. N. A construção de uma pedagogia para o idoso. **A Terceira idade**, São Paulo, v. 13, n 25, p. 62-75, ago. 2002.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores de risco associados. **Rev. Saúde Pública**, V.41, n. 5, p. 749-56, 2007.

SLUSKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 115-24, 1997.

SOUZA, E. R. *et al.* **Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, Estados e Regiões Metropolitanas**. Boletim sobre Causas Externas. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos sobre violência e Saúde/ Centro Nacional de Epidemiologia, 2001.

STALENHOF, P. A. *et al.* A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly a prospective cohort study. **J. Clin. Epidemiol**, v. 55, n. 11, p.1088-94, 2002.

STELLA, F. Funções cognitivas e envelhecimento. *In: PY, L. et al. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.* Rio de Janeiro: NAU Editora, p.283-311, 2004.

SWERINGEN, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico:** intervenções em enfermagem e problemas colaborativos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TEXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde.** 2002 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V.; Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2. p.7-14, 1999.

VALLA, V. V.; Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface- Comunc. Saúde, Educ.**, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VENTURI, G.; BOKANY, V. A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado. *In: NERI (Org.) et al. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.* São Paulo: Editora Fundação Percecu Abramo, Edições SESC/SP, p.21-31, 2007.

VERAS, R. **Desafios e Conquistas advindas da longevidade da população:** o setor saúde e as suas necessárias transformações. *In: VERAS, R. P.(Org.). Velhice numa perspectiva de futuro saudável.* Rio de Janeiro: UERJ. UNATI, 2001.

VERONESE, A. M. **Motoboys de Porto Alegre:** convivendo com os riscos do acidente de transito. 2004. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

WALKER, A. Trabalhadores mais velhos e envelhecimento ativo na Europa. *In: Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 8 p. 7–33, 2005.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Informado

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

Eu, _____ fui convidado para participar da pesquisa intitulada “**Quedas de idosos residentes em uma região do município de Porto Alegre/RS**”, que tem como objetivos conhecer e compreender a prevalência de quedas de idosos na região da Lomba do Pinheiro e Partenon de Porto Alegre/RS.

Este estudo, além de servir de conhecimento para a construção de possíveis ações em saúde coletiva, torna-se importante, pois, contribuirá para a melhoria da assistência à saúde dos idosos e seus familiares que utilizam os serviços de saúde.

Livre de qualquer constrangimento e coerção quanto aos procedimentos da pesquisa, fui também informado sobre a:

- 1) garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados a pesquisa;
- 2) liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer ônus;
- 3) segurança de não ser identificado;
- 4) garantia do caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade;

Este projeto será cadastrado na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, no Comitê de Ética em Pesquisa (telefone: 3289-2771).

Qualquer esclarecimento pode ser solicitado aos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa, se dirigindo a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, n.º963, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre/RS; ou por meio de contato telefônico: 3316-5081 (Prof.^a Dr.^a Tatiana Engel Gerhardt) ou 9913-5965 (Enfermeira Mestranda Vivian Elizabeth Araujo).

Declaro estar ciente do exposto anteriormente e desejo participar dessa pesquisa.

Sendo assim, assino este Termo de Consentimento em 2 vias, ficando uma para o pesquisador e outra para mim (participante).

Assinatura do participante

Responsável Legal

Vivian E. Araujo – Pesquisadora

APÊNDICE B - Guia de Entrevista

1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS: a partir do Banco de dados do Observatório de Causas Externas

Data de nascimento.....Estado civil.....
 Endereço.....
 Raça..... Profissão.....
 Grau de instrução
 Renda Familiar.....

2 CONDIÇÕES DE VIDA

Aposentado ()sim ()não
 Outras fontes de renda () sim () não.
 Quanto?.....Quem?.....
 Tipo de moradia () alvenaria () madeira () misto
 Número de cômodos....() 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () 7 ou +
 Número de dormitórios Água encanada () sim () não
 Destino dos efluentes () nenhum () sumidouro () vala a céu aberto
 Sanitário () não há () “casinha” () fora ou dentro de casa com descarga
 Moradia própria () sim () não Mora c/ familiares ()sim () não
 Número de pessoas na casa () 1 a 3 () = 4 () entre 5 e 6 () 7 ou +
 Dependente financeiramente () sim () não () às vezes
 Dependente de cuidados () sim () não () às vezes

3 CARACTERIZAÇÃO DA QUEDA

Doença crônica ou outras.....
 Tratamentos.....Local
 Você lembra como ocorreu sua queda?
 Você poderia contar como aconteceu sua queda?
 Você teve outras quedas anteriores ou posteriores a esta em que procurou a UBS?

4 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL

Atividades de Lazer.....
 Atividade Física.....
 Atividade na comunidade.....

Estrutura Familiar:

Posição na estrutura familiar em relação ao idoso	Idade	Sexo	Estado Civil	Parentes que moram junto ou na vizinhança	Parentes que moram em Porto Alegre

Genograma

Legenda: O Feminino □ Masculino —/— Separação //— Divórcio ⊕ Morte
 ▽ Aborto ○ Moram juntos

Relações Sociais Atuais

Tipos de relações entre os membros da família, ordem de importância, tipo de relações em caso de problemas, diagrama de relações de parentesco e proximidade das relações familiares

Legenda: Relação Forte _____ Relação Fraca.....Relação problemática/-
 /-/-/-/-

ANEXO A - Folha de registro de ocorrência de agravos

PEFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE SAÚDE PARTENON E LOMBA DO PINHEIRO
Av. Aparício Borges, 2494 1º Andar — Fone/Fax: 3336-9234

CAUSAS EXTERNAS: REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE AGRAVO

Unidade de Atendimento:		Data do Atendimento:		Número do Cartão SUS:		Número do Prontuário:			
Nome do Paciente:				Data Nascimento:	Idade:	Sexo	Raça	Freq. Escola?	Grau instrução
Pai:				Mãe:					
Responsável Legal (somente se for pessoa diferente dos pais):									
Endereço:				Número:	Complemento:		Referência para Localização:		
Fone:		Acompanhou(pai/mãe/irmão/professor/desconhecido, etc)				Informou o fato (pai/mãe/irmão/professor/desconhecido, etc)			
Data do Ocorrido:		Endereço do Ocorrido (se não foi no domicílio):			Número:		Complemento:		
AGENTE CAUSADOR				RELAÇÃO C/ AGRESSOR (violência)			LOCAL DA OCORRÊNCIA		
<input type="checkbox"/> Prego/ vidro/etc, de obra civil <input type="checkbox"/> fogo/ água quente ou similar, do fogão <input type="checkbox"/> animal doméstico (gato/cachorro/ cavalo) <input type="checkbox"/> arma de fogo/ arma branca <input type="checkbox"/> instrumento de trabalho, mesmo informal <input type="checkbox"/> situação/ambiente inseguro no domicílio <input type="checkbox"/> Produto químico/medicamento <input type="checkbox"/> situação/ambiente inseguro público <input type="checkbox"/> Outro: _____				<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Local de lazer <input type="checkbox"/> Outro espaço público <input type="checkbox"/> Outro: _____		
CONDUTA:				DESFECHO:			PARTE DO CORPO ATINGIDA:		
<input type="checkbox"/> Orientação <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Acompanhamento <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de saúde especializ. <input type="checkbox"/> Encaminhamento a outra instituição não de saúde (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Outro _____				<input type="checkbox"/> Sem lesão física <input type="checkbox"/> Lesão física transitória s/ prejuízo social <input type="checkbox"/> Lesão física c/ prejuízo social/trabalho <input type="checkbox"/> Lesão com seqüela física permanente <input type="checkbox"/> Dano psicológico <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outro (especificar) _____			<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Olhos e anexos <input type="checkbox"/> Ouvido/Orelha/Face/Nariz <input type="checkbox"/> Queixo/Pescoço <input type="checkbox"/> Múltiplas lesões no crânio <input type="checkbox"/> Região cervical/Região dorsal e/ou torácica <input type="checkbox"/> Região lombar/Região sacral e/ou cóccix <input type="checkbox"/> Múltiplas localizações no tronco <input type="checkbox"/> Braço/Cotovelo/Ombro/Antebraco <input type="checkbox"/> Punho/Mão/dedos <input type="checkbox"/> Múltiplas lesões nos membros superiores <input type="checkbox"/> Quadril/Coxa (inclui fêmur)/Bacia <input type="checkbox"/> Joelho/Perna/Tornozelo <input type="checkbox"/> Costelas/Esterno <input type="checkbox"/> Órgãos genitais <input type="checkbox"/> Região abdominal/Visceras <input type="checkbox"/> Pé/Dedos dos pés <input type="checkbox"/> Múltiplas lesões nos membros inferiores <input type="checkbox"/> Sistemas e aparelhos <input type="checkbox"/> Pele e anexos <input type="checkbox"/> Outro _____		
TIPOS DE OCORRÊNCIA:				TIPO DE LESÃO:					
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho de trajeto <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho típico <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito (não de trabalho) <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Acidente na Escola <input type="checkbox"/> Agressões por terceiro <input type="checkbox"/> Auto agressão por doença mental <input type="checkbox"/> Lesão de esporte e lazer <input type="checkbox"/> Maus tratos <input type="checkbox"/> Mordedura por animal doméstico <input type="checkbox"/> Mordedura por animal peçonhento <input type="checkbox"/> Mordedura por animal silvestre <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica/Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Violência sexual <input type="checkbox"/> Outro: _____				<input type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Amputação Traumática <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Equimose, hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento corto-contuso <input type="checkbox"/> Ferimento punctório <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Luxação, entorse ou distensão <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma crânio-encefálico <input type="checkbox"/> Trauma de nervos <input type="checkbox"/> Trauma de tendões e músculos <input type="checkbox"/> Trauma de tórax abdome ou pelve <input type="checkbox"/> Trauma de vasos <input type="checkbox"/> Outro tipo: _____					
Profissionais Envolvidos no Atendimento:									

ANEXO B – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA

Of. 136/2004

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2004.

Ref. Projeto de Pesquisa

AC CP N. 068/2004

Projeto de Pesquisa e Desenvolvimento: Observatório de causas externas na atenção básica de saúde do município de Porto Alegre.

Sub-Projeto: Organização do trabalho na assistência a usuários vítimas de agravos por causas externas.

Prezados Autores:

O seu Projeto de Pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, sendo considerado aprovado do ponto de vista ético e metodológico para execução.

Atenciosamente,

Dr. Marco Antônio Azevedo,
Conselho de Ética
Direção Científica - HPS.