



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO

ANA MARIA MARTINS PEREIRA

A QUEDA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO:

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS

Uberlândia

2006

ANA MARIA MARTINS PEREIRA

A QUEDA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO:

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Aparecida Freire

Uberlândia

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação

P436q Pereira, Ana Maria Martins, 1956-

A queda e suas consequências para o idoso : aspectos
psicológicos e
emocionais / Ana Maria Martins Pereira. - Uberlândia, 2006.
80 f. : il.

Orientador: Sueli Aparecida Freire.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Acidentes (Quedas) na velhice - Teses. I. Freire, Sueli
Aparecida. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 614.8-053.9

ANA MARIA MARTINS PEREIRA

A QUEDA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO:

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Uberlândia, 28 de Agosto de 2006

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Sueli Aparecida Freire - UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende - UFU

Prof. Dr. Luiz Guilherme Barbosa - UniFOA

Prof^a. Dr^a Érika Mattos Santangelo - UNITRI

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a minha filha Flora Pereira Flor, pela sua paciência, compreensão, dedicação, empenho e carinho.

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Dr^a Sueli Aparecida Freire, pela sua orientação, atenção, paciência e cuidados comigo ao longo desses anos de elaboração do mestrado. O meu cordial, Obrigada e Gratidão!

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia Aplicada, em especial à professora Dr^a Maria do Carmo F. Martins, ao professor Dr^o Ederaldo J. Lopes, e a atenciosa Marineide D. S. Cabral.

Aos professores Dr^o Carlos Henrique Rezende e Dr^a Claudia Cunha, pelas sugestões na qualificação do projeto.

A professora Maria Inês, pelo tratamento estatístico dos dados; professora Mônica pela correção do português.

A todos os colegas e amigas do mestrado em especial a Ana Paula Freitas e Alessandra S. M. Dela Coleta, pelas conversas, dicas e risos.

Aos diretores e colegas fisioterapeutas dos centros de reabilitação e instituições de longa permanência.

Aos entrevistados e seus familiares, pela acolhida, empenho e participação.

Aos amigos, pelo cuidado, carinho e alto astral:

Alice, Aline, Aninha, Dr^o Noel, Edna, Gilvan, Graça, Irene, Joaquim, Lazara, Lena, Lili, Lurdes, Sandra, Sueli, Teresa, Valnete.

Em especial, à Judite, minha mãe, 82 aninhos!

Às minhas tias e primos. Obrigada!

Namastê!

*O problema não é inventar, é ser inventado hora
após hora e nunca ficar pronta nossa edição
convvincente.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

As quedas entre pessoas idosas constituem um importante problema clínico e de saúde pública, devido a sua alta incidência com conseqüente mortalidade e morbidade elevadas nesta população, causando um grande impacto na vida dos idosos, familiares e sistema público de saúde, gerando altos custos assistenciais.

O presente estudo teve como objetivo principal investigar a queda e as suas conseqüências para o idoso, sob o enfoque dos aspectos psicológicos e emocionais. Para realização deste estudo foram entrevistados 32 idosos, 25 mulheres e sete homens, com idades de 60 a 98 anos, todos residentes na cidade de Uberaba –MG, selecionados em seis locais diferentes; dois centros de reabilitação, consultório de fisioterapia, academia aquática e duas instituições de longa permanência. A maioria do grupo era de aposentados, solteiros, com baixa escolaridade e residiam predominantemente em famílias multigeracionais. Os participantes foram questionados acerca de seus dados pessoais e hábitos de saúde. Além disso, foram feitas 20 perguntas que abordavam vários aspectos do evento queda. As respostas a essas questões foram categorizadas com base em estudos gerontológicos sobre envelhecimento normal e patológico, sobre a queda e suas conseqüências biopsicossociais e na psicologia do desenvolvimento life-span. Os dados receberam tratamento estatístico-descritivo e foram analisados qualitativamente. Nos resultados pode ser verificado que a média de quedas por idoso foi igual a 3,21, sendo que as mulheres apresentaram um valor relativo maior que os homens. As quedas ocorreram, na maioria das vezes, nas áreas externas dos domicílios e no período diurno. Os idosos, na sua maioria, tiveram uma conduta positiva frente ao evento, adotando medidas preventivas. As conseqüências psicológicas e emocionais mais relatadas foram o medo (de cair, de sair sozinho e outros medos), o aumento da atenção e do cuidado. Os resultados encontrados sugerem que há uma grande necessidade de se produzir informações sobre alguns fatores de risco para as quedas, aos quais os idosos estão expostos diariamente, sobre a necessidade de uma postura orientadora por parte dos profissionais da saúde e do desenvolvimento de práticas preventivas significativas de baixo custo, no nível primário de atenção à saúde do idoso.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento, queda, aspectos emocionais, fisioterapia.

ABSTRACT

The falls among the elderly constitute an important clinical and public health problem due to its high incidence with consequent elevated mortality and morbidity on this population, causing a great impact on their life, on their relatives' lives and on the public health system, due to the high costs of assistance.

This study aimed at investigating the fall and its consequences for the elderly people, considering the psychological and emotional aspects. Thirty two people were interviewed, 25 women and seven men, aging 60 to 98 years-old, all residents in the city of Uberaba - MG, selected at four different places: two rehabilitation centers, physiotherapy clinic, aquatic academy and two long permanence institutions. Most of the group was retired, single, with low education level and lived predominantly in multigeneration families. The participants were interviewed about their personal data and health habits. The questionnaire was composed by 20 questions about the fall event under several aspects. The data received statistical treatment and they were analyzed quantitatively and qualitatively. In the results, it was verified that the average of falls by person was 3,21; women presented a bigger relative value than men. The falls occurred mostly in the external areas of the homes, and during the day. Most of the elders had a positive conduct in front to the event, adopting preventive measures. The psychological and emotional consequences most related were the fear (of falling, of leaving alone and other fears), the increase of the attention and care. The results suggest there is an enormous need to produce information about some risk factors for falls which the elderly people are exposed daily; health professionals should provide more orientation concerning posture; and there is a need of developing significant, but low costs practices in the primary level of attention to the elder's health.

Keywords: Elderly people, aging, fall, psychological and emotional aspects, physiotherapy

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
I INTRODUÇÃO	15
1) O AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E A EXPECTATIVA DE VIDA	17
1.1) A política nacional do idoso	19
2) A SAÚDE DO IDOSO	22
2.1) O envelhecimento saudável	28
3) O ENVELHECIMENTO E A PROPENSÃO ÀS QUEDAS	30
3.1) Fatores extrínsecos	32
3.2) Fatores intrínsecos	35
3.3) Aspectos psicológicos e emocionais associados ao episódio das quedas	39
3.4) Aspectos sociais da velhice e sua relação com as quedas	44
4 OBJETIVOS	48
II METODO	49
1) Participantes	49
2) Local	52
3) Instrumentos	52
4) Procedimentos	52
III RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
Análise quantitativa dos dados	54
1) Aspectos sócio-demográficos	54
2) Estado de saúde e uso de medicamentos	59
3) Circunstâncias das quedas e consequências imediatas	59
4) Consequências posteriores, enfrentamento e medidas preventivas	64

5) Aspectos psicológicos e emocionais	66
6) Os pensares	68
Análise qualitativa	70
2.1) As entrevistas	70
IV CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
V REFERÊNCIAS	77
VI ANEXOS	82
Anexo A Ficha de Dados Pessoais	
Anexo B Roteiro de Entrevista	
Anexo C1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo C2 Termo de Consentimento Pós-Esclarecido	
Anexo D Parecer do CEP nº 295/ 04	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	17
TABELA 2	56
TABELA 3	56
TABELA 4	57
TABELA 5	59
TABELA 6	60
TABELA 7	60
TABELA 8	61
TABELA 9	63
TABELA 10	64
TABELA 11	66

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	50
----------	----

APRESENTAÇÃO

Existe uma relação próxima e positiva entre velhice saudável, independência e autonomia que garantem o bem estar do idoso. No entanto, nem todos os adultos mais velhos ou mesmo os idosos, desfrutam dessas características em decorrência de múltiplos fatores de ordem ambiental, social, econômica, cultural, ou ligados à saúde física e psicológica do indivíduo, o que se constitui em fatores de risco, podendo predispor o idoso a uma situação de queda. O avanço tecnológico na área da saúde possibilitou a melhoria no controle das doenças infecto contagiosas com conseqüente redução dos índices de mortalidade. Este avanço e controle favoreceram o incremento da população mundial de idosos. O surgimento de uma população mais longeva veio acompanhado de eventos e necessidades específicas para esta população. Conforme Tideiksaar (2003), um dos eventos observados foi o aumento da frequência das quedas com suas complicações subseqüentes.

Os estudos sobre queda começaram a crescer em interesse no século passado, a partir da década de 1940. O interesse pelo assunto e o aumento dos estudos apontaram para a concepção histórica e socialmente errônea que se tinha a respeito da queda, atribuindo-se um caráter meramente acidental e responsabilizando os idosos pelo fato de terem caído. Tideiksaar (2003), destaca que dois pesquisadores, De Haven (1942) e Gordon (1949), prestaram grande contribuição no início da transformação deste conceito. De Haven concluiu em seu estudo que o ambiente era a causa dominante dos ferimentos e que este poderia ser modificado atenuando as conseqüências da queda. Gordon considerou que havia uma relação entre quem caía, um agente, um fator causador específico e o ambiente. A idéia de que as injúrias físicas causadas pela queda podiam ser prevenidas fez com que os idosos deixassem de ser apontados como os maiores responsáveis por esse evento.

Tideiksaar (2003) destaca que o marco da investigação sobre a alta incidência de queda entre os idosos foram os estudos realizados por Sheldon (1948) e Zeman (1948). Sheldon observou alta incidência (40%) de queda entre idosos em uma pequena cidade inglesa. Baseado neste fato escreveu o livro “The Social Medicine of Old Age” onde discutia a importância da queda na vida dos idosos e apontava para a falta de interesse sobre o assunto. Na mesma época nos Estados Unidos, Zeman escreveu sobre o tema, abordando a questão das quedas acidentais e da responsabilidade médica na prevenção das mesmas. Estes escritos levaram a uma mudança no enfoque da literatura médica a partir da década de 1950. Neste sentido, Tideiksaar cita vários pesquisadores médicos e epidemiologistas, como Scott (1954);

Seiler; Ramsay (1954); Snell (1956); Parrish; Weil (1957); Boucher (1959); Exton-Smith (1959); Fine (1959) que durante a década de 1950 desenvolveram pesquisas sobre a frequência de quedas e de acidentes fatais com idosos da comunidade e de casas de repouso, provavelmente em função do aumento da expectativa de vida e do número de idosos na população.

Na década de 1960, Sheldon escreveu um resumo, o “Histórico Natural das Quedas”, baseado na observação de 202 idosos residentes na comunidade e que haviam sofrido 500 quedas. Neste resumo, Sheldon levanta a hipótese de que as quedas tinham como causa a combinação de problemas clínicos, tais como a dificuldade de manter a postura ereta devido à perturbação do equilíbrio e de um súbito colapso dos mecanismos de controle postural, (TIDEIKSAAR, 2003). Esta hipótese foi posteriormente confirmada e outros dados foram constatados cientificamente.

Segundo o mesmo autor, nas décadas de 1970 e 1980, houve um aumento destes estudos que abordavam principalmente a epidemiologia das quedas, apontando, inclusive, para propostas de prevenção. Comenta que, na atualidade, ou seja, quatro décadas depois, as observações de Sheldon, ainda são amplamente utilizadas, mostrando que elas possibilitaram uma mudança na percepção clínica sobre o evento queda, contribuindo para o aumento e qualidade das pesquisas. Conclui considerando que o conhecimento das relações entre quedas, os fatores de risco e a possibilidade de intervenção preventiva norteiam as pesquisas atuais, as quais também se baseiam na população em geral e não mais em pequenos grupos, sendo na maioria das vezes desenvolvidas de forma prospectiva, mensurando os fatores de risco para queda, a saúde do idoso bem como suas atividades e o ambiente. Conforme Tideiksaar (2003) *“este tipo de pesquisa contribuiu enormemente para o nosso conhecimento acerca de quedas”* (p. 24).

O presente estudo aborda os diferentes aspectos envolvidos nas quedas de pessoas idosas, destacando suas possíveis causas e conseqüências, principalmente no que se refere aos aspectos psicológicos e emocionais.

Por se tratar de um evento de natureza inesperada, e dependendo de sua gravidade, pode desencadear uma série de limitações de ordem física, social, psicológica e emocional; como o isolamento, a insegurança e o medo de cair.

A este respeito, Rocha e Cunha (1994) pontuam que a pessoa idosa ao cair pode estar, mesmo que inconscientemente, atestando de forma simbólica a “sua queda”: da competência, da independência, da saúde, da possibilidade da manutenção dos vínculos sociais. Muitas vezes isto pode ter seu início por ocasião da aposentadoria, quando a pessoa percebe-se

excluída por não fazer parte da massa produtiva. Segundo os autores, o idoso pode cair de forma deliberada ou mesmo, por mecanismos inconscientes para chamar atenção e obter cuidados.

É importante salientar aos profissionais que atuam na área da saúde, e mais especificamente em geriatria e gerontologia, que estejam alertas para os aspectos psicológicos, emocionais e sociais que podem causar ou ser consequência das quedas, uma vez que este é um evento de alta incidência e alta prevalência na população idosa. E ainda que, faz se necessário, como já foi citado anteriormente, não considerar a queda como um mero “acidente” que ocorre porque a pessoa ficou idosa, mas sim como um evento multifatorial e heterogêneo.

INTRODUÇÃO

A prática profissional da autora em Fisioterapia, mais especificamente em Fisioterapia Gerontológica, por inúmeras vezes colocou-a diante de questões para as quais não encontrava respostas na literatura, indicando que, em alguns casos, “na prática a teoria é outra”. Atendia idosos que haviam sofrido queda, uns com consequências graves que resultaram em fraturas, muitas vezes necessitando de intervenção cirúrgica, outros apenas com escoriações. Alguns, independentemente da gravidade da queda, sofriam o agravante de ficarem estendidos no solo por muito tempo, aumentando o grau de angústia, ansiedade, dor e sofrimento. Além da experiência física negativa, havia a emocional, trazendo, posteriormente, um intenso medo de cair novamente, o que sem dúvida retardava o tempo de reabilitação, aumentando o grau de insegurança, levando ao descrédito de que poderiam deambular, ou, nos casos onde adquiriram seqüelas, de serem capazes de adaptar-se à nova situação.

Aliados a estes fatores dos próprios idosos, coexistiam as mais variadas e deturpadas opiniões familiares e mesmo de profissionais da área de saúde, como por exemplo: “Ah! Velho cai mesmo, normal. Viu, se tivesse ficado quieto, não tinha caído. Agora que se machucou sabe que não pode fazer mais nada, porque se cair de novo vai ser pior...” E tantas outras pérolas, sobre o idoso (de)cadente.

Instaura-se aí um verdadeiro conflito, onde o idoso torna-se res ou ind – ignado. Na primeira hipótese, ele desiste de sua vida, caminha para os estados depressivos, imobilidade, semi-dependência e dependência, o que não o isenta de nova queda, pelo contrário. “Ficou tão quietinho que caiu”. Na outra possibilidade, ele fica indignado, resolve enfrentar a família, todos e tudo mais, avaliando erroneamente sua capacidade funcional, superestimando-a e expondo-se ao risco de nova queda.

No que diz respeito à família, em ambas as hipóteses, a resposta que mais ocorre é: “Não sei mais o que faço com ele!”. E muitas vezes, a falta de suporte de diversas ordens, como a social, financeira, psicológica e emocional, culminaram na institucionalização do idoso, o que para muitos é ainda garantia de alguma dignidade no fim da vida. Outros não têm a mesma sorte.

O observado por este empírico olhar, direcionou a autora no sentido de procurar respostas na literatura que pudessem auxiliar na compreensão das questões relativas aos aspectos psicológicos e emocionais causadores e/ou conseqüentes do evento queda, visando uma melhor atuação profissional junto aos idosos e familiares.

Foi verificado então, que queda em idosos é um fenômeno amplamente estudado no que diz respeito aos aspectos fisiológicos normais, patológicos e ambientais do envelhecimento e, numa proporção menor, os aspectos sociais. Por último estão os aspectos psicológicos e emocionais.

Surgiu daí a necessidade de saber mais sobre o assunto, de forma ordenada e científica, o que foi possível no Programa de Mestrado em Psicologia Aplicada, mais especificamente no eixo de Psicologia da Saúde. Enquanto profissional de Fisioterapia, poderia ter escolhido realizar estudos sobre a queda, mais voltados para as questões físicas e fisiológicas, porém há muitos trabalhos demonstrando que existem intervenções efetivas com relação a estes aspectos, com bom nível de prevenção das quedas. Mas o mesmo não é apontado na literatura sobre os aspectos psicológicos e emocionais devido à própria natureza destes, o que indicou a necessidade de se buscar e identificar alguns destes aspectos para uma melhor compreensão do fenômeno queda, suas causas e conseqüências.

Entendo-se que, estes estudos são importantes, tanto para o idoso e família quanto para a sociedade, podendo apontar para ações que visem à prevenção de acidentes, contribuindo na redução do alto custo financeiro que o evento representa para o indivíduo e saúde pública em geral, assunto este que será abordado mais detalhadamente no capítulo três.

A este respeito, Garrido e Menezes (2002) alertam que na área de saúde, o aumento da população idosa brasileira requer o redirecionamento das políticas públicas e dos esforços dos meios científicos, que ao longo do século recém-encerrado, foram concentrados de forma quase exclusiva no atendimento às populações das faixas etárias mais baixas e a grupos de riscos para situações específicas.

Como já foi citado na apresentação, dois fenômenos, que têm como causas fatores comuns e fatores próprios, estão em curso nas populações de vários países, inclusive no Brasil: a ampliação da expectativa de vida de homens e mulheres e o aumento da proporção de pessoas idosas na composição das faixas etárias de tais populações. Isso ocorre, em parte, pelos avanços tecnológicos da Medicina, da Farmacologia e de outras ciências, possibilitando uma expectativa de vida mais longa e saudável.

Em conseqüência desses fenômenos, há um crescente esforço direcionado para o atendimento às necessidades específicas das pessoas idosas. Tal esforço se estende por órgãos governamentais e setores organizados da sociedade.

Como fruto desses esforços, abordaremos no próximo capítulo que trata do aumento da população idosa e da expectativa de vida, os aspectos relacionados à demografia e à legislação que ampara os idosos.

1 O AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E DA EXPECTATIVA DE VIDA

O aumento da população idosa e a ampliação das expectativas de vida de homens e mulheres são fenômenos recentes da história humana.

Segundo estudo de Storch e Bellagamba (1982), nas 71 sociedades primitivas sobre as quais existe documentação considerada válida para pesquisas, o número de pessoas que chegavam aos 65 anos de idade raramente ultrapassava os 3% da população. No antigo Egito e na Inglaterra do século XIII, por exemplo, as expectativas de vida eram, respectivamente, de 22 e 35 anos. As pesquisadoras associaram as causas do aumento do percentual de pessoas idosas em várias populações no mundo contemporâneo à diminuição da mortalidade infantil, à possibilidade de profilaxia de enfermidades de aparição tardia e ao controle da natalidade, o qual resultou na diminuição do peso relativo dos jovens na pirâmide populacional.

Matsudo e Matsudo (1992) atribuíram o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas que atingem 60 anos ou mais, ao controle das doenças infecto-contagiosas e à melhoria da qualidade de vida das populações, com o avanço da preocupação na adoção de um estilo de vida saudável e o incremento das atividades físicas.

Rosa et al. (1993), em diagnóstico epidemiológico sobre a saúde na velhice, relataram dados do IBGE que demonstravam que o contingente de habitantes com mais de 60 anos passou de 3,2% do total da população brasileira no início do século, para 5,1% em 1970 e 7,05% em 1990 (Tabela 1). Em 1992, o grupo de brasileiros de 60 a 69 anos contava com cerca de 6,7 milhões de pessoas e o grupo com mais de 70 anos com cerca de 4,6 milhões.

TABELA 1 – População Brasileira por Grupo Etário, 1900 a 2000 (em mil).

GRUPO ETÁRIO	1900	1950	1970	1980	1990	2000*
TOTAL	17.438	51.994	93.139	119.131	150.368	179.487
0 A 4	3.001	8.371	13.812	16.424	18.963	19.419
5 A 9	2.622	7.015	13.459	14.774	17.734	19.003
10 A 14	2.062	6.309	11.859	14.263	16.280	18.566
15 A 19	1.863	5.502	10.253	13.576	14.847	17.573
20 A 59	7.189	22.425	38.856	52.751	71.931	90.574
60 A 69	355	1.451	3.007	4.474	6.383	8.229
70 A +	203	754	1.709	2.741	4.230	6.123
IGNORADO	143	117	184	128	–	–

* Dados estimados

Fonte: Brasil, IBGE: Anuário Estatístico do Brasil, 1984, apud ROSA et al. (1993).

Em um trabalho sobre a velhice, Frare et al. (1997) assinalaram que o Brasil, assim como os demais países da América Latina, passava por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, que levaria a população brasileira com 60 anos ou mais, de 6,3% da população total do país em 1980 para 14% em 2025; o que a tornaria em números absolutos, uma das maiores populações idosas do mundo.

Azevedo (1998), dentro da mesma perspectiva do envelhecimento populacional brasileiro, considerou que esse fenômeno podia ser atribuído a dois fatores: a queda da fecundidade (número de filhos por mulheres) e a queda da mortalidade. No entanto, observou que, no Brasil, as quedas da fecundidade e da mortalidade ocorreram muito mais desvinculadas de um desenvolvimento social do que na Europa e foram obras sobretudo da importação de tecnologia e avanços médicos e de um processo de urbanização muito rápido. Para ratificar tal observação, compara a expectativa de vida do brasileiro na década de 1950, que era inferior a 45 anos, com a estimativa para 2025 de uma expectativa de vida acima de 70 anos. Segundo o autor, na mesma época a população idosa do Brasil (formada por indivíduos com 60 anos ou mais) será cerca de 33 a 34 milhões de pessoas.

Conforme Ameno (1999), as causas que contribuem para esse processo de envelhecimento da população mundial são o maior acesso à educação, à saúde e ao saneamento básico, os investimentos em programas de saúde pública e a incorporação da mulher ao mercado de trabalho, dentre outras mudanças.

Becker et al. (2002) enfatizaram a importância dos avanços da medicina para o aumento da expectativa de vida da população, citando como exemplos os benefícios advindos da antibioticoterapia e da evolução das técnicas cirúrgicas.

Pesquisas realizadas pelo IBGE (2003) indicam que as mulheres brasileiras vivem oito anos a mais que os homens e correspondiam a 54% da população de idosos em 1991. Após dez anos, em 2001, passaram para 55,1%. Portanto, para cada 100 mulheres idosas havia 82 idosos do sexo masculino. O Rio de Janeiro e Porto Alegre se destacam entre as capitais brasileiras com as maiores proporções de idosos, representando, respectivamente, 12,8% e 11,8% da população dos municípios. Boa Vista e Palmas apresentam uma proporção de idosos de 3,8% e 2,7%, enquanto o Estado de Minas Gerais apresenta um índice de envelhecimento de 21,88% em relação a sua população total.

No Município de Uberaba/MG, onde foi desenvolvida esta pesquisa, o censo realizado em 2002, pelo IBGE, apresentou os seguintes resultados: existem 6.928 indivíduos do sexo masculino e 8.480 do sexo feminino na faixa etária de 60 a 69 anos. Acima de 70 anos de idade registrou-se um total de 4.691 idosos do sexo masculino e 6.757 do sexo feminino.

Comparando-se a velocidade de envelhecimento da população brasileira com o que ocorreu na França e Suécia, que precisaram respectivamente de cerca de 115 e 85 anos para duplicarem suas populações de idosos, pode-se inferir que aumentará substancialmente o ônus econômico e social no Brasil nas próximas décadas. Vale lembrar que a população idosa exige demandas específicas de serviços de saúde e previdência, e que o Brasil ainda apresenta algumas deficiências em tal setor (WHO, 2002).

Sendo assim, faz-se necessária uma mobilização social que possibilite ao idoso participar efetivamente da sociedade usufruindo de seus direitos como cidadão, e sentindo-se parte importante dessa sociedade.

Nesse contexto, a Política Nacional do Idoso surge como propósito de assegurar os direitos de cidadão, promovendo a autonomia do idoso para sua efetiva participação na sociedade.

1.1 A Política Nacional do Idoso

A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispôs sobre a Política Nacional do Idoso no Brasil, com o objetivo de assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, considerando como idoso a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 1994).

Em seu capítulo IV, artigo 10º, a Lei nº 8.842 estabelece como competências dos órgãos e entidades públicos na implementação da Política Nacional do Idoso, na área de saúde, a garantia da assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, através de programas e medidas profissionais; a adoção e aplicação de normas de funcionamento para as instituições geriátricas e similares; a elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares; o desenvolvimento de cooperação entre secretarias estaduais, do Distrito Federal e dos municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes inter-profissionais; a inclusão da Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos (federais, estaduais e municipais); a realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994).

Ademais, no mesmo artigo 10º do capítulo IV, a citada Lei estabelece entre as competências dos órgãos e entidades públicos na implementação da Política Nacional do

Idoso, na área de educação, a inclusão da Gerontologia e da Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores (BRASIL, 1994).

A Lei nº 8.842 foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que definiu as competências dos órgãos e entidades públicos na implementação da Política Nacional do Idoso. Em seu artigo 9º, o Decreto nº 1.948 enumera e especifica como uma das competências do Ministério da Saúde na implementação dessa política, em articulações com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de medidas já previstas expressamente na Lei nº 8.842, o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários para a reabilitação e a recuperação da saúde do idoso (BRASIL, 1997).

Uchôa e Costa (1999), analisando as demandas geradas pelo fenômeno do envelhecimento populacional, relataram que os gastos com internações hospitalares de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil atingiram em 1995, quando essas pessoas correspondiam a 7,3% da população geral do país, a 21% do total de gastos públicos.

No entanto, constataram que apesar de o crescimento da população idosa apontar para a necessidade de considerar-se o envelhecimento da população brasileira como elemento fundamental na elaboração de novas políticas de saúde, os estudos epidemiológicos sobre esse fenômeno no Brasil são escassos e pouco se conhece sobre fatores que seriam importantes para a priorização de ações que deveriam ser implementadas para resolver os problemas que afetam essa população.

De fato, observa-se que da instituição da Política Nacional do Idoso pela Lei nº 8.842 em 1994 até o presente, foram desenvolvidas poucas ações de alcance nacional, direcionadas para a proteção e a melhoria das condições de saúde da pessoa idosa no Brasil. Tomando-se como exemplo as grandes campanhas de saúde pública implementadas pelo Ministério da Saúde em todo o território brasileiro, a população idosa deve ter mais atenção em relação à sua saúde e qualidade de vida, e não apenas ser contemplada regularmente com as campanhas de vacinação contra a gripe.

Porém, isto não significa imobilismo. Várias frentes de ação têm sido abertas como as conferências municipais e estaduais sobre os direitos do idoso preparatórias da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso, proposta para o mês de maio / 2006. Esta conferência aconteceu sob a organização da Subsecretaria de Direitos Humanos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e Movimentos Sociais do Idoso. O objetivo principal desta conferência é a criação de uma Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. Esta rede, por definição caracteriza-se em : *“congregar várias perspectivas, temas, dinâmicas, processos e ações capazes de dar conta da urgência e da diversidade da demanda de*

realização de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, em relação à discriminação e a violência, o que significa que agrega diversos aspectos numa perspectiva de um sistema organizacional” (PRIMEIRA CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2006, p.23).

Ainda na parte legislativa, temos o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/ 2003, que foi instituído com o objetivo de regulamentar os direitos assegurados ao idoso (idade igual ou superior à 60 anos), determinando ainda as obrigações de entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso. No caso da saúde, o estatuto em seu art. 15, assegura a “atenção integral à saúde do idoso”, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o “acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.

Tal atendimento, segundo a referida Lei, deve ser feito de maneira sistematizada para a prevenção de doenças e a manutenção da saúde do idoso.

Quando nos reportamos ao conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, verifica-se que a saúde é vista como o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Considerando-se a heterogeneidade dos idosos, seja em termos físico, mental e socioeconômico, percebe-se que as demandas deste grupo etário são muito diferenciadas, tanto no aspecto intragrupal quanto na comparação com os demais grupos etários. Daí a necessidade de se pensar, estudar e compreender a saúde do idoso de uma forma mais ampla e não apenas no que diz respeito à geriatria. No capítulo seguinte abordaremos este assunto, tomando-se como referência o envelhecimento natural ou fisiológico.

2 A SAÚDE DO IDOSO

Ao falarmos sobre a saúde do idoso, há sempre a presença de no mínimo quatro componentes que muitas vezes se misturam e se confundem. Eles são a saúde e a doença, a velhice e o envelhecimento. Já demos, anteriormente, o conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e vimos que o idoso sadio seria o indivíduo com alterações morfológicas e funcionais no limite entre o normal e o patológico em equilíbrio instável e com adaptação das prestações funcionais às possibilidades efetivas de rendimento. (NICOLA, 1986). Porém, com o avanço dos estudos sobre o envelhecimento humano e a verificação do que ocorre na realidade com a população idosa brasileira, constatou-se que os idosos, em sua grande maioria, possuem pelo menos uma doença crônica de base, fato este que para muitos idosos não é impeditivo para levarem uma vida ativa e normal, tendo o controle sobre a doença e referido bem-estar. (RAMOS, 2003)

Para Ramos (2003), o idoso saudável é aquele que, mesmo sendo portador de uma ou mais doenças, tem controle sobre estas, é capaz de manter sua capacidade funcional, tendo autonomia e independência. Velhice, biologicamente, é a última fase do desenvolvimento humano, isto é, a etapa da vida que se segue à maturidade, assim como a idade adulta à adolescência e esta à infância. Velhice é também um construto social ainda pejorativamente tida como fase das perdas, aquisição de doenças, mau humor e rabugices. Talvez a busca pela fonte da juventude e da eternidade, que não é atual, mas existencial, seja o entrave para que possamos concebê-la como algo natural. Neste sentido, o envelhecimento da população mundial, o incremento das pesquisas sobre o tema e uma melhor compreensão, favorecem a uma construção mais realista e otimista sobre a velhice.

A velhice pode ser entendida como um fenômeno heterogêneo, que ocorre de diversas e diferentes formas em função da época, do lugar, das circunstâncias de vida e da forma com que o indivíduo desenvolveu suas vivências ao longo da própria vida. Não há um indicador para o seu início, uma vez que pessoas de uma mesma idade podem apresentar-se totalmente diferentes no que diz respeito à saúde, contatos sociais, autonomia e independência, e o indicador cronológico utilizado para a organização civil da sociedade depende de convenções sociais.

Pode-se dizer que a velhice está intimamente relacionada à capacidade funcional dos indivíduos. Segundo Vieira (2004), esta percepção possibilita o desenvolvimento de conceitos

como; ser velho não é ser doente ou incapacitado; que a velhice não determina que a pessoa vá ter danos cerebrais; e que existem tantas velhices quantas são as pessoas.

O desenvolvimento destes saberes aponta, ainda, para a possibilidade de uma velhice bem-sucedida, que se otimiza a manutenção da saúde, e há boa funcionalidade física, mental e social (VIEIRA, 2004).

Ainda conforme essa autora, o envelhecimento é um fenômeno do processo de vida, marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Pode-se dizer que, fisiologicamente, o processo de envelhecimento tem início na concepção do ser humano. Embora, em seus primeiros estágios, a vida siga uma linha fisiológica que pode ser classificada como ascendente, condicionada a um ciclo evolutivo, que desde o seu princípio, sofre alterações bioquímicas progressivas, e que, em momentos distintos, começam a provocar a deterioração estrutural e funcional dos tecidos, com conseqüências em todo o organismo, de acordo com Hayflick (1996).

A velocidade desse processo de deterioração é variável e sofre influência de aspectos genéticos, fisiológicos, psicológicos, nutricionais, sociais, ambientais e das enfermidades que acometeram a pessoa ao longo de sua vida.

Sabe-se, no entanto, que no processo de envelhecimento o ser humano sofre aumento de gordura corporal; perdas de líquidos e do volume do plasma, alterações nas estruturas óssea, muscular, hepática e renal; diminuição das capacidades metabólica, cardiocirculatória, respiratória, auditiva, visual, motora e imunológica (HAYFLICK, 1996).

Conforme Carvalho Filho e Papaleo Netto (1984), a quantidade de água corpórea total declina (15% a 20%), com a diminuição dos componentes intra e extracelulares, proporcionando maior susceptibilidade a sérias complicações associadas a perdas líquidas e maior dificuldade na rápida reposição do volume perdido. O metabolismo basal regride cerca de 10% a 20%, e isto deve ser levado em conta no planejamento e orientação das dietas alimentares calculando-se as necessidades calóricas diárias da pessoa idosa, bem como na prescrição de medicamentos.

Com o processo de envelhecimento, o débito cardíaco sofre progressiva redução, porém as alterações de fluxo sanguíneo não são homogêneas para todos os sistemas. O fluxo plasmático renal, por exemplo, reduz-se em 50% aos 70 anos de idade, enquanto o fluxo cerebral declina apenas 20% (ROBBINS, 1975).

Durante a avaliação da reserva funcional do aparelho circulatório da pessoa idosa, observou-se que esta se encontra muito limitada, pode-se dizer em 50%, em comparação a de uma pessoa de 20 anos de idade. Essas limitações devem-se, primordialmente, às alterações

estruturais do miocárdio, reduzindo o volume sistólico máximo, e ao declínio da frequência cardíaca máxima, resultando em limitação dos dois principais mecanismos de adaptação à maior solicitação hemodinâmica.

Quando o idoso saudável se apresenta em estado de repouso ou de mínima solicitação, as condições estarão perfeitamente adequadas à demanda segundo Siqueira (2001).

A insuficiência cardíaca pode ser desenvolvida devido à reserva funcional ter sido superada, perante uma sobrecarga hemodinâmica. Esta sobrecarga pode ser por: exercícios inadequados, hipertireoidismo, infecções, doenças de Paget óssea (incrementos metabólicos); hemorragias, infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar (alterações agudas); anemias, hipertensão arterial, fístulas arteriovenosas (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 1984).

Várias alterações funcionais ocorrem no aparelho respiratório, mas a maioria está relacionada com a diminuição da elasticidade pulmonar, o que resulta em menor capacidade expiratória, favorecendo desta forma ao incremento do volume residual. A capacidade vital sofre o conseqüente prejuízo do aumento do volume residual, enquanto que a capacidade pulmonar total pouco se altera com o progresso da idade. Esses fatores irão resultar na alteração da relação ventilação-perfusão, que é a responsável pela progressiva diminuição da pressão parcial de oxigênio arterial, embora a pressão parcial de oxigênio alveolar permaneça inalterada. (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 1984).

Os autores relatam ainda que as modificações músculo-esqueléticas do arcabouço torácico estão relacionadas às alterações parenquimatosas. Um exemplo que se pode citar é a redução em módulo dos valores de pressão máxima inspiratória e expiratória a partir dos 50 anos de idade. O diferencial dessas pressões depende fundamentalmente do gradiente pressórico que determinará, em essência, a eficiência da tosse, podendo-se assim estender como um processo fisiológico e tornar-se responsável pela ocorrência de fenômenos patológicos, como por exemplo, a retenção de secreção brônquica e sua conseqüente infecção.

Apesar de não se detectar sinais clínicos ou laboratoriais de insuficiência orgânica no sistema nefro-excretor, sabe-se que a reserva funcional declina em aproximadamente 50% dos 30 aos 70 anos de idade. Estas alterações são explicadas pela redução do fluxo plasmático renal e do número total de glomérulos (GANONG, 1977). O rim do idoso apresenta diminuição da capacidade de concentração e diluição urinária, de absorção de sódio e da excreção de radicais ácidos. Por estes motivos, quando é submetida a sobrecargas funcionais, como um processo de desidratação ou de hiperhidratação, de acidose ou de hiponatremia

(sódio sérico abaixo de 130 mEq/l), a pessoa idosa necessita de maior tempo para reequilibrar o meio interno, em função da menor eficiência dos seus mecanismos compensatórios.

Carvalho Filho e Papaleo Netto (1984) concluem dizendo que a insuficiência renal não se limita apenas à senescência, porém esta cria condições para que agressões pouco importantes para jovens sejam responsáveis por graves disfunções em idosos.

O idoso pode sofrer enfermidades mais facilmente e com maior frequência que o indivíduo jovem, e sua recuperação pode ser mais lenta e incompleta.

A diminuição fisiológica da audição, da visão, da estabilidade corporal, as alterações das articulações e da potência muscular, podem facilitar o risco de acidentes e queda pela lentificação das reações defensivas. A este respeito, a sarcopenia, ou seja, a perda gradativa da massa muscular e a substituição gradativa por colágeno e gordura, naturais no envelhecimento, pode contribuir para o processo de lentificação destas reações uma vez que são verificadas perdas mais acentuadas das fibras musculares do tipo II. Estima-se que há um decréscimo da massa muscular em torno de 50%, entre os 20 e 90 anos de idade, sendo as mulheres mais atingidas por esta alteração. A conseqüente diminuição da força muscular, pode influenciar negativamente também na constituição óssea, no controle postural e marcha, com alteração na altura e tamanho do passo. Por si só a sarcopenia pode representar um fator de risco para a queda, e quando associada a outras doenças que a pessoa idosa possa ter, potencializa o risco.

Por outro lado, certos estados de enfermidades como artrites, artroses, paralisias, atrofia muscular, lipotimias, osteoporose, oftalmopatias e outros também favorecem à causalidade de acidentes e queda. Tais acidentes, quaisquer que sejam sua etiologia e dimensão, vão incidir num indivíduo com suas capacidades regenerativas lentificadas.

Conforme Hayflick (1996), depreende-se de tais fatos que, as atividades físicas e os processos reabilitativos, de um modo geral, devem ser feitos levando-se em conta que a pessoa idosa deve ser tratada de uma maneira global, pois ela geralmente apresenta mais de uma enfermidade ao mesmo tempo.

Ainda segundo Hayflick (1996, p. 60-61), os principais problemas médicos que podem apresentar-se como específicos na patologia do idoso, englobam-se sinteticamente como:

- a) Transtornos gerais por longas permanências no leito. Os estudos experimentais mantendo na cama pessoas idosas sãs, durante várias semanas, demonstram o aparecimento de transtornos cardiovasculares, deterioração geral das condições físicas, diminuição das proteínas sangüíneas e aumento dos lipídios no sangue. Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento cronológico é acompanhado, em muitas ocasiões, de uma lentificação e

diminuição da atividade motora. A investigação de registros eletromiográficos demonstra modificações básicas.

- b) Incontinência esfincteriana por perda do tônus muscular e processos infecciosos.
- c) Transtornos respiratórios, devido também à longa permanência no leito, tais como: broncopneumonia e agravamento do enfisema pulmonar se o paciente for tabagista.
- d) Transtornos psicológicos com freqüentes estados de ansiedade, tendo como fatores desencadeantes importantes dificuldades sociais, econômicas e domésticas; perda da iniciativa e do entusiasmo, com deteriorações mentais progressivas.
- e) A incidência de processos de enfermidades concomitantes, que geram conflitos com as já existentes.

Ainda, segundo o mesmo autor, além das enfermidades, podem ocorrer também lesões traumáticas e dentre elas, a mais freqüente é a fratura do colo de fêmur. Estatisticamente, da totalidade de fraturas de fêmur tratadas, 60% correspondem a pessoas com mais de 60 anos, que em 80% dos casos são do sexo feminino (HAYFLICK, 1996).

A este respeito, há um estudo desenvolvido por Pereira et al. (2001) sobre queda em idoso, com o intuito de sensibilizar profissionais de saúde em relação à importância clínica e epidemiológica das quedas, relacionar os fatores de risco mais importantes e orientar sobre ações preventivas. Foi possível identificar, também, como fator de alto risco para queda, ser do sexo feminino, com idade igual ou superior a 80 anos, ter o equilíbrio diminuído, a marcha lenta com passos curtos, baixa aptidão física com fraqueza muscular dos membros inferiores, deficiência cognitiva e o uso de sedativos e/ou polifarmácia.

Gawryszewski et al., (2004) em um estudo sobre morbidade e mortalidade por causas externas entre idosos no Brasil, ratificam os dados a respeito das idosas e relatam que elas sofreram o dobro de fraturas de colo do fêmur em relação aos homens. Associam este fato à osteoporose, que tem maior incidência no gênero feminino e ressaltam, ainda, que esta é uma doença de fácil diagnóstico, tratável e evitável, cuja prevenção possui baixo custo o que pode ser de grande contribuição para minimizar o problema das quedas.

Outras pesquisas médicas sobre o processo de envelhecimento revelaram a importância dos radicais livres na sua aceleração. Conforme Matsudo e Matsudo (1992), estes constituem-se de qualquer espécie química que possui um ou mais elétrons não-pareados em sua órbita externa, o que os torna reativos e tóxicos, lesionando as células e as mitocôndrias, produzindo, também, modificações enzimáticas e danos às proteínas, carboidratos e ácidos nucléicos. Os autores relacionam aproximadamente 37 doenças aos radicais livres, com destaque para o câncer (devido ao dano produzido no DNA) e a arteriosclerose. Com relação

ao envelhecimento psicológico, Zimerman (2000) considera que, a despeito do físico, este também está relacionado a fatores hereditários, à história de vida e à forma com que cada pessoa construiu sua vida. Assim, pessoas mais saudáveis e otimistas possuem maior capacidade de adaptação às transformações sofridas no processo de envelhecimento.

Para Vieira (2004), a dificuldade de aceitação das mudanças físicas e sociais, oriundas do processo de envelhecimento, são os primeiros conflitos psicológicos que surgem para o idoso. Agrega-se a este fato, os conflitos gerados pela interação com uma sociedade despreparada e pouco tolerante frente às características do envelhecimento.

A dificuldade de adaptação pode gerar ainda a baixa da auto-estima e auto-imagem, a desmotivação e dificuldade de planejar o futuro, somatizações, alterações psíquicas como depressão, paranóia, podendo até levar ao suicídio (ZIMERMAN, 2000). A este respeito, no censo demográfico (IBGE, 2000), quando é analisada a declaração dos idosos sobre o tipo de deficiência que apresentam, verifica-se uma elevada proporção de idosos com doenças mentais, 51,4% para os homens e 58,5% para as mulheres, o que em relação ao censo de 1991 representa um aumento considerável (CAMARANO, 2004). Estes dados chamam a atenção para o cuidado que se deve ter com a saúde psicológica e emocional da pessoa idosa.

Para Vieira:

“O envelhecimento psicológico caracteriza-se por aumento da exatidão da percepção e diminuição de sua rapidez, por diminuição da memória mecânica, instalando-se um sistema mnésico que evita o não essencial, por maior vulnerabilidade das funções mentais ligadas ao envelhecimento cerebral, aumento da habilidade de desenvolver trabalhos que exijam precisão e paciência, aumento da ponderação do equilíbrio e da espiritualidade. Complementa ainda que as crises emocionais vividas pelo idoso são frutos de uma estreita relação entre as cobranças sociais e a lentificação na capacidade de respondê-las, gerando ansiedades e angústias. Portanto o equilíbrio psicológico é consequência de um repertório de recursos psicoemocionais desenvolvidos ao longo da vida, que permite ao idoso desempenhar de forma satisfatória sua capacidade de adaptação às mudanças e o funcionamento cerebral condizentes com uma vida de relação”. (Vieira, 2004, p.118).

Cabe aos profissionais da área de saúde do idoso, pensar na reorientação dos sistemas atuais, que se baseiam nos cuidados na fase aguda das doenças, para um modelo que possibilite a promoção da saúde, bem como a prevenção e o tratamento das doenças crônicas, continuando a garantia da assistência nos períodos de crise.

Ao nos reportarmos à saúde do idoso, algumas palavras foram citadas repetidas vezes; como autonomia, independência, imagem positiva do envelhecimento, adaptação,

funcionalidade, bem-estar, estas e outras que aqui não apareceram, fazem parte de conceitos que vão se juntando e como num mosaico dão forma a um ideário sobre o envelhecimento, favorecendo a uma mudança de paradigma sobre o ser idoso, velhice e envelhecimento, tão necessária para que os idosos sejam amparados não apenas por leis, mas pelo tecido social de fato. Sob esta ótica, abordaremos no item seguinte a concepção de envelhecimento saudável.

2.1 Envelhecimento saudável

Conforme descrito no item anterior, para a população de idosos a condição de saúde e saudável não pode ser medida apenas pela ausência de doenças. Sob este ponto de vista, considera-se como envelhecimento saudável *“a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica”* (RAMOS, 2003). Pode ser visto também na literatura um outro termo “envelhecimento ativo” como indicador de envelhecimento saudável; este termo foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e expressa o conceito de: *“Otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (WHO, 2002). Entendendo-se como ativo, a capacidade do idoso estar não apenas fisicamente ativo, mas também participando continuamente das questões sociais, culturais, civis, econômicas e espirituais. Desse modo os idosos percebem seus potenciais para o bem estar físico, mental social ao longo do curso da vida e participam assim da sociedade conforme seus desejos, necessidades e capacidades, sendo favorecidos pelos cuidados, segurança e proteção quando necessários (WHO, 2002).

Se compararmos os dois conceitos, podemos observar que abordam as mesmas questões, ambos apontam para a funcionalidade, autonomia e independência, inclusão social, suporte familiar, qualidade de vida e bem-estar.

Sem dúvida é um grande desafio para a saúde pública brasileira, uma vez que o contingente populacional de idosos, estimado para daqui 14 anos (2020), será de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos, levando-se em conta que a proporção de pessoas mais idosas, faixa dos acima de 80 anos, também está aumentando e continua envelhecendo. Já no censo de 2000 esta faixa de “idosos idoso” correspondeu a 12,6% do total da população considerada idosa (acima de 60 anos) (CAMARANO, 2004). Soma-se a este fato a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o

baixo nível sócio-econômico e educacional, as múltiplas e diferentes trajetórias de vida experienciadas por esta população, o que consiste na heterogeneidade do grupo, gerando demandas específicas e diferenciadas. Sem dúvida é um grande desafio para as políticas públicas de saúde e setores organizados da sociedade que trabalham com idoso e instituições de ensino e pesquisa.

E enfrentar este desafio, significa pensar não apenas na preservação ou otimização de um bom estado de saúde física e mental, mas desenvolver estratégias sociais para valorização do idoso, garantindo a continuidade da sua participação em atividades sócio-econômicas e culturais, até porque mesmo sendo idoso e/ou aposentado ainda contribui para a manutenção da sociedade. Basicamente é, reconhecer a diversidade destas pessoas que estão envelhecendo e as suas necessidades, evitando a discriminação. Neste sentido, o envelhecimento pode em alguns aspectos favorecer as quedas, tema que será abordado no próximo capítulo.

3. O ENVELHECIMENTO E A PROPENSÃO ÀS QUEDAS

O envelhecimento natural provoca uma série de modificações sistêmicas no organismo que, freqüentemente, são encaradas de forma negativa pelos idosos e pelas pessoas em geral, muitas vezes por falta de informação e esclarecimento sobre a velhice, além de escassez, ou mesmo ausência, de acompanhamento por profissional habilitado para lidar com a idade avançada. Algumas pessoas chegam a pensar que ao se completar 60-65 anos, o indivíduo está fadado a sofrer das “doenças de velho”, como se fosse despejado sobre sua cabeça, da noite para o dia, um balde de problemas e limitações.

No entanto, o envelhecimento é um processo lento e gradual, acelerando seu ritmo na idade mais avançada. Como Lorda (1995, p.24) coloca; *“nem tudo acontece simultaneamente, alguns processos ocorrem mais rapidamente que outros, em períodos cada vez mais curtos, à medida que os anos passam, com suas influências correspondentes no plano psicológico”*.

Mesmo não tratando o envelhecimento como doença, é inegável que, à medida que a pessoa vai se aproximando do final da vida torna-se cada vez mais vulnerável. Atualmente os índices mais elevados de doenças crônicas, incapacidade funcional, hospitalização, procura e adesão a planos de saúde, correspondem aos mais idosos, ou seja, àqueles que contam com mais de 80 anos. Segundo Neri (2005), os potenciais de funcionamento e desenvolvimento tendem a declinar conforme a pessoa fica mais idosa, tornando-se mais vulnerável e menos adaptável às transformações ambientais.

Com essa vulnerabilidade, os idosos ficam expostos a vários fatores de risco para sua saúde e até mesmo para a vida. Estes fatores podem ser de ordem externa e/ou interna ao próprio idoso. Um dos resultantes deste somatório de fatores (idade, vulnerabilidade e fatores de risco) é o evento queda que será abordado neste estudo. De acordo com Lach (2002), o número de danos causados pela queda aumenta à medida que a população envelhece.

Um estudo realizado por Tinetti et al (1988), mostrou que o risco de queda aumenta linearmente, conforme o número de fatores associados (exs.: declínio das acuidades visual, auditiva e tátil; fraqueza muscular; alteração do equilíbrio; instabilidade postural; doença cerebrovascular e neurológica e fatores psicológicos dentre outros) num mesmo indivíduo. Os idosos que não possuem fator de risco apresentam 8% de probabilidade de vir a sofrer queda; aqueles que possuem quatro ou mais fatores têm 78% de chance de cair.

Sabe-se que no dia-a-dia, qualquer pessoa, de qualquer idade, corre o risco de cair,

mas na velhice, a queda pode ter conseqüências sérias, como; incapacidade permanente e até morte, afetando a vida do indivíduo e seus familiares, bem como da sociedade.

Em um estudo com idosos, realizado no Brasil, sobre morte e internações por causas externas, Gawryszewski et al. (2004) relataram que, com relação à morbidade, a queda representa o primeiro lugar das causas de internações e o terceiro lugar na mortalidade por causas externas.

Além do risco de danos causados à saúde física do idoso, a queda pode afetar também a saúde psicológica devido ao medo, à ansiedade, à insegurança e à dependência que podem decorrer dela, e a saúde social do indivíduo pelo isolamento social que pode gerar devido a limitações de locomoção ou o receio de sofrer nova queda. Esse conjunto de conseqüências pode levar a uma diminuição da movimentação o que, por sua vez, pode ser fator facilitador de novas quedas, já que a falta de atividade motora é propícia para a ocorrência de novas quedas.

O impacto sobre os familiares pode decorrer da diminuição e até perda da independência, implicando em maiores cuidados para com o idoso, mesmo que temporários, levando à necessidade de reorganização da dinâmica e da economia familiar para atender às suas necessidades, mesmo que temporariamente. Dependendo das condições dos familiares pode ser necessária a contratação de um profissional para auxiliar no cuidado e, em algumas situações, como dificuldades financeiras e falta de parentes para dividir as tarefas de cuidado, pode-se chegar à sua internação em instituições de longa permanência.

Todos estes fatores associados representam enormes custos econômico e social, por isso a necessidade de entendê-los melhor, para viabilizar ações de prevenção que possam proteger o idoso e minimizar estes custos.

Para uma melhor compreensão da importância desse evento na vida dos idosos, a seguir serão apresentados a definição do tema e os fatores de risco a ele associados.

Martins (1999) define queda como uma síndrome geriátrica por ser considerada um evento multifatorial e heterogêneo. Trata-se de um evento que envolve aspectos, causas e conseqüências de natureza biológica, funcional, psicológica e social.

A queda é definida por Pereira (1994), também como um evento multifatorial, com o comprometimento da estabilidade e a incapacidade de corrigir em tempo hábil o desequilíbrio, levando o indivíduo para um nível inferior à posição inicial.

Cunha e Guimarães (1989) afirmam que a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.

Definir exatamente o que é queda constitui-se em tarefa difícil, por sua própria natureza multifatorial. Porém, nas numerosas definições existentes na literatura, observa-se que pelo menos dois critérios são mantidos. O primeiro é que a queda deve ocorrer de forma inesperada e não intencional; o outro define que parte do corpo da pessoa entre em contato com o chão ou com algum nível mais baixo que a cintura pélvica.

A definição adotada neste estudo é a de considerar a queda como:

“Episódios de desequilíbrio que levam o indivíduo ao chão. Defini-se como uma insuficiência súbita do controle postural e pode ser considerada uma síndrome por ser um problema que envolve aspectos e consequências biológicas, psicológicas, sociais e funcionais”. (VIEIRA, 2004, P.273).

Ishizuka e Jacob Filho (2004) destacam que vários fatores de risco contribuem para a incidência de quedas nos idosos. Tais fatores podem ser agrupados em categorias e se dividem didaticamente em fatores extrínsecos e intrínsecos.

O primeiro é relacionado às causas externas ao indivíduo e está ligado ao ambiente, ao vestuário, às órteses e a outros dispositivos. Enquanto que o segundo é relacionado ao próprio indivíduo, podendo ser causado pelas alterações fisiológicas naturais ao processo de envelhecimento, alterações por doenças, efeitos adversos de medicação e alterações comportamentais.

Muito embora os fatores de riscos para queda sejam classificados em extrínsecos e intrínsecos, o mecanismo que atua sobre ambos é o do controle postural, que, na pessoa idosa, comumente encontra-se alterado.

A seguir serão feitas algumas considerações sobre tais fatores de risco.

3.1 Fatores Extrínsecos

Os fatores extrínsecos responsáveis pela queda correspondem ao meio externo.

Em um trabalho de revisão da literatura, Paschoal (1998), constatou que os idosos moradores das comunidades caem 36,9% por fatores ambientais, o que representa um percentual maior quando comparado aos diversos tipos de fatores intrínsecos e outras causas.

No ambiente doméstico existem muitos obstáculos que podem passar despercebidos do idoso e familiares, até porque em outras fases da vida estes componentes domiciliares não se constituíam em fatores de risco.

Como as quedas ocorrem em sua grande maioria na própria residência, as atividades

rotineiras a elas relacionadas, descritas pelos idosos vão desde o sentar e/ou levantar de cadeira, sofá e cama aos tropeços e escorregões.

No que diz respeito à mudança de postura e mobiliário (cadeira, sofá e cama), normalmente está relacionado ao fator ergonômico; ora são baixos para aquele idoso, o que requer maior força dos membros inferiores para executar a ação e a pessoa idosa naturalmente possui esta força diminuída, ou ora são altos, criando a necessidade do idoso deslocar-se para frente e beirada destes, podendo aí ocorrer o desequilíbrio e conseqüente queda.

Os idosos relatam como causa de tropeços, os tacos soltos, as soleiras das portas, tapetes, objetos espalhados pelo chão da casa e, em alguns casos, até mesmo um animal. de estimação. Já para os escorregões são apontados o revestimento do piso, que tanto pode ser liso e, se molhado, constitui-se num fator de risco ainda maior, como pode ser irregular, isto é, com desnível, favorecendo a queda. As escadas mal projetadas e sem corrimão ou mesmo por falta de conservação adequada, são também apontadas para a ocorrência do evento.

Um fator coadjuvante que está intimamente ligado ao ato de andar, tropeçar, escorregar e cair, podendo também não ser percebido, por isso sua importância, pois faz parte do vestuário, é próprio calçado do idoso. Quando apresenta-se com um solado de material escorregadio ou gasto, ou ainda, por ser inadequado ao pé do idoso, isto é, grande ou pequeno, dificulta a marcha e favorece a queda.

Compõem ainda esta categoria, as roupas; para os dois gêneros, as calças desajustadas no tamanho, com barras compridas e/ou descosturadas, e na largura, folgadas, caindo quando a pessoa se movimenta, ou mesmo apertadas, dificultando a movimentação.

E geralmente para as mulheres, vestidos longos demais ou com pontas e diâmetro inferior estreito, dificultam o passo.

Além desses fatores, por fazerem parte do simples cotidiano dos idosos como o sentar, o levantar e andar, pode-se encontrar na literatura, ainda relacionado ao ambiente doméstico, referências à iluminação, que tanto pode ser tosca como brilhante demais, interferindo na sensibilidade do contraste. Segundo Tideiksaar (2003), as pessoas idosas precisam de 3 vezes mais contraste para detectar objetos no ambiente. O banheiro é citado como um local em potencial para a ocorrência da queda; o chão que pode ser escorregadio e estar molhado, a altura padrão do assento sanitário para o idoso torna-se baixa e a falta de barras de apoio que possam auxiliá-lo no levantar. Devemos ainda levar em consideração as órteses (bengalas, muletas e andadores), usadas para auxiliar na deambulação, quando desajustadas, isto é, as ponteiros de borracha encontram-se mal encaixadas e/ou gastas, não permitem a aderência necessária ao solo, o tamanho inadequado destes equipamentos para pessoa e ainda, se a

empunhadura não permitir uma boa preensão. Todos estes fatores constituem-se de fato em risco físico, bem como podem contribuir de forma negativa emocionalmente, gerando insegurança ao andar e, ao invés de auxiliar e proteger, surte efeito contrário, predispondo o idoso à queda.

Ainda sobre os acessórios, a falta de orientação, treino e adaptação do idoso a estes instrumentos, o que deve ser feito pelo profissional que os prescreve, favorece ao estado de insegurança, possibilitando a queda.

Outros equipamentos como cadeira de rodas e cadeira de banho, quando usados inapropriadamente, isto é, com as rodas destravadas e mal posicionadas ou mesmo a má posição do suporte para os pés, pode causar tropeços e embaraços do membro inferior.

Mais uma vez, a desinformação ou orientação insuficiente a respeito das técnicas de transferência no ato do idoso sentar ou levantar, podem também contribuir. Um outro recurso auxiliar são as grades de proteção usadas na cama, se mal encaixadas, transformam-se em um enorme fator de risco quando o idoso apoia-se nelas e, ainda se este inadvertidamente tenta pular, a queda ocorre de uma altura ainda maior com possíveis agravos das conseqüências.

Os fatores extrínsecos relacionados à queda de idosos crescem em importância e em função do grau de vulnerabilidade do idoso. Sabe-se que o envelhecimento biológico traz uma série de alterações em diversos sistemas orgânicos, as quais interferem na capacidade dos idosos em responder e em interagir com o ambiente.

Por sua vez, o ambiente tem um papel fundamental na qualidade de vida e no bem estar do ser humano, mas pode conter elementos que favoreçam a ocorrência de acidentes.

Conforme Perracini,(2002,p.799), *“os problemas relacionados ao ambiente incluem qualquer fator que cause insegurança e ofereça risco, restrinja o acesso, restrinja a escolha de preferências, limite o desempenho ou cause desconforto”*. É necessário salientar que um ambiente precisa ser calmo, previsível e acolhedor.

Segundo a autora, torna-se cada vez mais urgente o planejamento e a adequação dos ambientes para as pessoas idosas, pois é crescente o envelhecimento da população, de tal forma que:

Os idosos expressam o desejo de viver em ambientes seguros, nos quais possam exercer controle pessoal. Querem que esses ambientes propiciem autonomia, mas com um certo grau de cuidado e de especificidade, o que traduz a necessidade de adaptação dos espaços a capacidades físicas e sensoriais diminuídas. (PERRACINI; 2002, p 798).

3.2 Fatores intrínsecos

Os fatores intrínsecos da queda estão relacionados com o próprio indivíduo.

Sabemos que no processo de envelhecimento, ocorrem algumas alterações fisiológicas com conseqüentes transformações que interferem diretamente na funcionalidade da pessoa idosa. Refletindo sobre essas transformações, Meirelles (1999) lembra que, gradativamente, a maioria dos gestos tornam-se cada vez menos precisos e seguros. Isso se dá devido à redução da mobilidade, uma vez que a eficiência das articulações diminui com a idade. Tideiksaar (2003), pondera que para uma mobilidade eficaz é necessário que haja a integridade de alguns sistemas; basicamente o visual, o neurológico, o musculoesquelético e o vascular, havendo uma boa operacionalidade entre eles. Afirma ainda que, o declínio gradativo no funcionamento desses sistemas afeta diretamente a forma do caminhar e o equilíbrio, gerando situação de instabilidade e possível queda.

Ishizuka e Jacob Filho (2004) acrescentam que a marcha pode sofrer modificações com a idade, diminuindo a velocidade, o comprimento e altura do passo. A base de sustentação (BdS) é aumentada com conseqüente perda do movimento dos membros superiores e aumento do duplo apoio; flexão de tronco e joelhos, e diminuição da amplitude de movimento do tornozelo. Estas alterações podem ser interpretadas como um mecanismo de adaptação, no sentido de promover a estabilidade e o equilíbrio, porém podem predispor à queda. O desequilíbrio ocorre quando a relação biomecânica entre centro de massa (CdM) e base de suporte (BdS) é alterada.. O CdM localiza-se, anatomicamente, anterior à segunda vértebra sacral e projeta-se sobre a BdS, que é a área contida entre os pés na postura ereta. O controle da postura ereta envolve diversos processos sensorio-motores e psicomotores.

A recepção pelos sistemas visual, proprioceptivo e vestibular precisa estar centralmente integrada para poder monitorar continuamente a orientação e a automovimentação relativa ao ambiente. Essa informação é usada para fazer a sintonia fina das combinações sinérgicas de respostas musculares, feitas para manter o centro de gravidade em um equilíbrio dinâmico dentro dos limites da estabilidade. Esta integração e sintonia fina são feitas pelo Sistema Nervoso Central (SNC), controlando a relação entre CdM e BdS.

Para que ocorra uma queda, duas condições precisam ser satisfeitas, a primeira é a que deve haver uma perturbação do sistema de equilíbrio, a outra é a de que ocorra uma falha do sistema postural em compensar a perturbação.

Em um número proporcionalmente menor de casos, a queda pode ocorrer por uma perturbação interna fisiológica, quando ocorre a interrupção momentânea do sistema de

controle postural (SCP), pela interferência na perfusão dos centros posturais no cérebro, como por exemplo nos ataques isquêmicos transitórios, hipotensão postural, oclusão das artérias vertebrais durante a movimentação do pescoço e outros. Essa perturbação interna fisiológica pode ocorrer com interferência no sistema sensorio motor, ocasionando tonteados ou vertigens (PAIXÃO JÚNIOR; HECKMANN, 2002, p.624-27).

Segundo Tideiksaar (2003), a visão é o esteio do equilíbrio, pois os olhos provêm o corpo com as informações de posicionamento e distância dos objetos dentro do ambiente, tipo de superfície, estável ou não, sobre a qual terá lugar o movimento; posição das partes do corpo; e intensidade do esforço ou grau de dificuldade do movimento necessário.

O mesmo autor afirma que:

A visão também provê a informação que a pessoa precisa para pensar adiantado e dominar o tempo e controlar o movimento. Quanto mais difícil a atividade ou a precisão e velocidade necessárias para levar a cabo o movimento, maior a importância da visão. Além do mais, a visão desempenha um papel significativo na manutenção do equilíbrio quando a superfície do chão estiver instável ou complacente (TIDEIKSAAR, 2003, p. 79).

Segundo ele, o sistema vestibular funciona em conjunto com os sistemas visual e proprioceptivo para atingir o equilíbrio. Esse sistema ajuda a manter a estabilidade ocular e a orientação da cabeça quando o idoso se movimenta pelo ambiente. Já o sistema proprioceptivo leva as informações captadas nas terminações nervosas da pele, articulações e músculos. As alterações pelo envelhecimento natural comprometem esta via, pela diminuição de fibras do próprio sistema, da sensibilidade tátil e dos reflexos tendíneos. Para os idosos, a diminuição da sensibilidade proprioceptiva interfere diretamente na marcha, pois altera o cálculo do quanto é necessário fletir as articulações, podendo levá-lo a tropeçar.

No que se refere ao sistema musculoesquelético, ocorre geralmente com o envelhecimento um decréscimo na eficiência da massa muscular, causado pela diminuição das fibras de contração rápida (importantes por atuarem no controle postural), diminuição da força muscular (o que pode gerar a diminuição da amplitude do movimento com conseqüente aumento do tônus). A outra alteração comum a este sistema é a osteopenia (favorecendo a ocorrência de fraturas).

As doenças mais comuns a esta faixa etária, como a osteoporose, osteoartrite, o diabetes mellitus, parkinson dentre outras, bem como o hábito sedentário, o comportamento de imobilidade, podem exacerbar a fraqueza muscular, aumentando o risco de queda.

Ainda sobre este sistema, Meirelles (1999) acrescenta que a diminuição gradativa da

acuidade das articulações presentes nos joelhos, tornozelos, cotovelos, punhos e dedos é de significativa importância para idoso, por comprometer não só o equilíbrio e marcha mas também os movimentos motores finos. Para Leveille et al. (2002), processos que causam dores muscular generalizada, restringem a mobilidade e normalmente estes possuem fatores psicológicos associados, o que predispõe a um agravamento deste quadro, aumentando o risco de queda.

Assim como nos outros sistemas, o sistema cardiovascular sofre modificações estruturais que comprometem o pericárdio, endocárdio, miocárdio, valvas e artérias coronárias e aorta. As modificações consistem basicamente em; espessamento fibroso dos tecidos, o aumento e acúmulo de gordura nestes, calcificação do músculo cardíaco e valvas, espessamento e perda da elasticidade da parede arterial, aumento do calibre e alteração do trajeto.

Essas modificações levam a alterações funcionais, propiciando a doenças, como; arritmias cardíacas, doença arterial coronariana, crise hipertensiva, hipotensão ortostática dentre outras. É importante destacar a hipotensão ortostática pela sua prevalência e por ser causa importante de morbi-mortalidade, os sintomas são representados por lipotímia que coincidem com as mudanças de postura, por exemplo de deitado para sentado, de sentado para em pé. As vertigens ocorrem pela variação da pressão arterial e a lentificação no mecanismo de recuperação, o que expõe o idoso a uma situação de alto risco.

Podem ocorrer episódios de mal súbito, que são as síncope. Estas são uma forma mais grave do evento acima citado e são importantes, também, pela prevalência e morbi-mortalidade nesta população; na literatura é denominada de “drop attack”, a qual Moura et al. (1999) definem como perda súbita do tônus postural, sem perda da consciência. É associada a fatores de co-morbidade como parkinsonismo, hidrocefalia, insuficiência vértebro-basilar, síndrome do roubo da subclávia dentre outros.

Percebe-se que por tudo que envolve as alterações fisiológicas e possíveis doenças associadas, a forma de minimizar os riscos de queda para os idosos é a de estimular a mobilidade e maximizar a funcionalidade com segurança, mesmo em condições de alterações permanentes.

Os medicamentos compõem também a categoria dos fatores intrínsecos, uma vez que os efeitos adversos provenientes do seu uso podem contribuir para que o idoso caia.

Constitui-se num fator importante uma vez que os idosos, enquanto grupo, são os primeiros consumidores de medicamentos e, normalmente, fazem uso de mais de um medicamento por dia, prescritos por médicos ou por auto-medicação. Como consequência,

expõem-se a um maior risco com relação às reações adversas e à interação medicamentosa, pela prática da polifarmácia (Tideiksaar, 2003). Convém ainda lembrar que as alterações fisiológicas naturais ao processo de envelhecimento, influenciam, também, na farmacocinética e na farmacodinâmica dos medicamentos, isto é, mecanismos que envolvem a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos

Ishizuka e Jacob Filho (2004) salientam que medicações como psicotrópicos, diuréticos, antidepressivos e outras, principalmente quando ministradas em doses inapropriadas, podem contribuir para queda nos idosos pela diminuição do estado de alerta e hipotensão postural.

Rocha e Cunha (1994) relatam que os benzodiazepínicos podem acarretar fraqueza muscular e estados confusionais, enquanto que os antidepressivos podem levar à fraqueza, instabilidade, *delirium*, arritmias e hipotensão ortostática.

Há uma associação entre quedas e a quantidade de medicamentos ingeridos quanto mais medicamentos o idoso usar, maior é o risco de quedas, pois podem refletir o frágil estado de saúde em um idoso que toma vários medicamentos, o que pode contribuir para uma instabilidade metabólica, causando fraquezas, fadigas, tonturas. Desse modo, o uso de fármacos é um aspecto a ser analisado na avaliação do episódio da queda, uma vez que em virtude de lapsos de memória e deficiências visuais, o idoso pode expor-se a doses incorretas do medicamento. Esse fato agrava o risco de quedas, quando os medicamentos utilizados são destinados ao tratamento de distúrbios psiquiátricos. Além disso, fisicamente, os estados infecciosos, as intoxicações, as alterações metabólicas, a abstinência a certos elementos químicos (parada súbita com o tabagismo e o álcool), são aspectos comprometedores da capacidade de deambulação do idoso.

Diante da debilidade física, o idoso pode apresentar alterações de comportamento e reagir psicologicamente negando o seu envelhecimento, não aceitando o declínio das suas capacidades sensoriais e motoras. Pode colocar-se tanto numa condição de imobilidade e afastamento social quanto pode ignorar suas limitações físicas, expondo-se a situações de risco.

A negação do envelhecimento pode levar o idoso a manter uma auto-imagem que não condiz com sua capacidade de realização para as tarefas diárias, submetendo-se a esforços impróprios como resultado da super estimação da sua condição física e habilidades. Este comportamento pode ainda levá-lo à recusa em realizar possíveis correções ambientais necessárias em sua moradia. Para Tideiksaar (2003), esses comportamentos representam uma reação de defesa para não admitir a fragilidade e a limitação da autonomia e, em

consequência, expõe-no ao risco de queda.

Em resumo, a classificação dos fatores de risco em extrínsecos e intrínsecos é apenas didática, devemos lembrar que ocorrem de forma sinérgica e que a queda é um evento multifatorial e heterogêneo.

3.3 Aspectos psicológicos e emocionais associados aos episódios das quedas

Em geral, nos estudos sobre os aspectos psicológicos da velhice, os pesquisadores buscam determinar os fatores que contribuem para a manutenção da saúde e do bem-estar global do idoso, levando em conta o estado de saúde física e os aspectos socioeconômicos e culturais (como condições financeiras e de moradia, papéis e suporte sociais). Isso é feito porque se considera que, além dos fatores ambientais e sociais, o comportamento e o psiquismo do indivíduo são elementos primordiais para se alcançar uma velhice bem-sucedida, com boa qualidade de vida. Na velhice bem-sucedida há a possibilidade de realização do potencial do indivíduo para alcançar o bem-estar físico, psicológico e social, considerados ideais por ele mesmo e pelo seu grupo de idade. Além disso, é mantida a funcionalidade do indivíduo e a possibilidade de aperfeiçoamento em diversos domínios, como a capacidade física e de relacionamentos, a partir do uso de estratégias cognitivas e de recursos tecnológicos para compensação dos declínios que acompanham o processo de envelhecimento (FREIRE, 2001; NERI, 2001).

Quanto à qualidade de vida, há uma variedade grande de conceitos, conforme o referencial teórico e profissional que é utilizado para descrevê-la. Neste estudo adota-se o conceito de qualidade de vida de Lawton (1991), descrito como um construto que abrange múltiplas dimensões, objetivas e subjetivas, relacionadas entre si, cuja avaliação implica em critérios intrapessoais e socionormativos, observados na relação do indivíduo com seu ambiente físico e social, a partir de sua história presente, passada e futura. De acordo com este modelo teórico, a investigação sobre a qualidade de vida é feita a partir de quatro dimensões:

- a) competência comportamental – trata-se do desempenho do indivíduo nas várias situações da vida e refere-se à avaliação que faz de sua saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social e utilização do tempo;
- b) condições ambientais referem-se ao ambiente em que o indivíduo vive, que deve oferecer condições de vida adequadas. Esta dimensão tem relação direta com a competência comportamental;

c) qualidade de vida percebida resulta da avaliação que o indivíduo faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio de suas competências comportamentais e das condições do ambiente em que vive ;

d) bem-estar psicológico refere-se à avaliação das competências pessoais e da qualidade de vida percebida em todos os domínios da vida atual. Implica em uma interpretação subjetiva sobre todos os aspectos das experiências passadas, presentes e futuras. Os indicadores do bem-estar psicológico incluem a saúde mental, os julgamentos cognitivos (satisfação com a vida) e as experiências emocionais positivas ou negativas (afetos positivos e negativos) (LAWTON, 1991).

Pode-se dizer que a queda é um fator que interfere na avaliação objetiva e subjetiva da qualidade de vida na velhice, haja vista as suas conseqüências, uma vez que pode alterar a competência comportamental do indivíduo, temporária ou permanentemente, e sua relação com o ambiente físico e social.

Com relação às mudanças que podem acontecer durante o processo de envelhecimento, há estudos sobre psicologia e velhice relatando que muitas vezes ocorrem alterações psíquicas como: depressão, ansiedade, estresse, agitação, alucinações, alterações do humor, psicoses e demências. Na demência senil, por exemplo, há alterações como perda da memória, dificuldade de manter a concentração, perda das capacidades intelectuais que podem interferir na avaliação de situações de risco para quedas. Na velhice, a ocorrência de cognição deficiente, depressão e outras alterações psicológicas, influenciam na independência do indivíduo e na capacidade de cuidar de si mesmo, predispondo-o às quedas, quer pelas próprias alterações, quer pela interferência dos medicamentos usados para controlá-las. Daí a importância de investigar a saúde mental do idoso para definir a extensão em que as deficiências cognitivas e afetivas estão interferindo no desempenho das funções do indivíduo e na sua qualidade da vida. (VERAS, 1994; GEIS, 2003)

De acordo com Rocha e Cunha (1994), no caso das quedas é importante identificar a magnitude dos problemas psiquiátricos que possa induzir à sua ocorrência, especialmente para se implementar ações mais eficientes no seu controle. Mas ainda há poucos estudos sobre os aspectos psicológicos relacionados à queda do idoso.

Como já foi citado, um aspecto psicológico seria a negação das limitações impostas pelo próprio processo de envelhecimento. Esta pode constituir-se em um agravo para a ocorrência da queda, pela avaliação inadequada do potencial físico e da capacidade funcional.

A ansiedade é também um fator de risco, podendo diminuir a atenção e gerar insegurança e, em sua forma mais grave, desencadear uma marcha instável, tremores,

agitação, deambulação constante, dispnéia, parestesias, vertigem e aumentar o grau de insegurança.

Um outro fator importante são as reações às situações de estresse e/ou evento psicossocial de caráter negativo (como falecimentos, aposentadoria e doenças), que também podem gerar estados de ansiedade e depressão. (ROCHA E CUNHA, 1994).

Com relação aos fatores psicopatológicos, os que mais aparecem entre os idosos são os estados confusionais agudos, a depressão e as demências.

Os estados confusionais agudos ou delirium são disfunções transitórias cognitivas e da atenção. Possuem alta prevalência na população idosa, podendo ser desencadeados por inúmeros fatores orgânicos. O idoso pode apresentar um quadro de alteração da consciência, ilusões, agitação mental e física e alucinações visuais (ROCHA E CUNHA, 1994)

Com relação à depressão, definida por Vieira (2004) como uma síndrome multifatorial, caracterizada por sofrimento psíquico com distúrbio afetivo e de humor, redução do estado de ânimo, da auto-estima, das atividades mental, psicológica, motora e orgânica, há uma alta prevalência entre idosos. Segundo esse autor, estudos mostram que de 17 a 30% das pessoas com idade acima de 65 anos apresentam sintomas depressivos, porém, segundo Gordilho (2002), estes números não diferem muito do que é encontrado nas outras faixas etárias. Os sintomas comumente apresentados são alterações cognitivas e da atenção, perda de energia, comprometimento da marcha com diminuição do passo, diminuição da auto-confiança, indiferença ao meio ambiente, isolamento social, inatividade, perda do apetite, emagrecimento, culpabilidade excessiva, visão negativa do mundo e do futuro, podendo gerar idéias e conduta suicida (ROCHA E CUNHA, 1994 e VIEIRA, 2004).

No que diz respeito às demências, conforme Rocha e Cunha (1994) e Paixão Junior e Heckmann (2002), nas demências ocorrem distúrbios como as limitações cognitivas, que acarretam uma diminuição da capacidade de apreensão do ambiente e os distúrbios da marcha, como a apraxia, perda progressiva da força muscular com conseqüente perda da deambulação. Nesse caso, os desequilíbrios no controle postural podem ser diagnosticados como parte de uma disfunção neurológica, psicológica ou psicofisiológica.

Em um estudo desenvolvido por Carvalho e Coutinho (2002), 78% dos idosos dementados estudados acidentaram-se em casa, contra 55% de idosos sem demência que sofreram queda. Essa associação manteve-se mesmo quando foram controladas as variáveis de confusão e diminuição cognitiva. Para os idosos que apresentam dificuldade cognitiva, o quadro demencial torna-se mais grave devido à dificuldade de adaptação a novos ambientes.

É importante lembrar que os quadros demenciais podem vir acompanhados de estados de ansiedade e depressão, o que potencializa o risco de queda.

Outro aspecto que pode estar relacionado à queda é a memória, uma função mental complexa que leva o indivíduo ao ato de recordar, relembrar e reproduzir o que foi aprendido. Ela envolve a capacidade de registrar, reter e resgatar informações (VIEIRA, 2004). Sabe-se que no envelhecimento normal, a memória para fatos recentes diminui de maneira característica, com variações individuais (BLAZER, 1998), e o esquecimento e a perda grave de memória representam um problema de saúde importante a ser enfrentado.

Segundo Sé, Queroz e Yassuda (2004, p. 145), a memória operacional é bastante afetada durante o curso do envelhecimento normal, podendo dificultar realização de tarefas simultâneas e a eficácia do armazenamento e do processamento de informações. No cotidiano do idoso esta dificuldade pode ser representada pelo esquecimento da hora de tomar um medicamento, ou tomá-lo várias vezes porque não se lembrar de já ter tomado, ou ainda não seguir as doses prescritas. Outras vezes, o idoso pode não se lembrar de cuidados básicos como colocar o tênis antiderrapante ao sair para fazer uma caminhada, ou deixar os óculos em casa, sem os quais tem dificuldades para enxergar os obstáculos do caminho.

Para Azevedo (1998), além do processo natural do envelhecimento, outros fatores estão associados aos lapsos de memória, como o estresse, a depressão e a ansiedade. Além disso, a perda grave de memória pode estar associada às demências, especialmente a doença de Alzheimer, e à esclerose múltipla. Blazer (1998), alerta que na maioria das vezes, estes problemas graves de memória são suficientes para causar o isolamento, interferindo na capacidade de viver em família e sociedade.

Desta forma, as alterações da memória constituem-se em fator de risco para as quedas porque os idosos podem não se lembrar de cuidados básicos da vida cotidiana, expondo-se à situações perigosas, além de poderem ser um sinal indicativo de processo demencial.

Um fator psicológico relacionado à queda que deve ser destacado pode ocorrer entre os idosos que caíram pelo menos uma vez. O idoso que caiu pode apresentar alterações emocionais e de comportamento devido ao forte impacto emocional que este evento exerceu sobre ele.

Como Rocha e Cunha (1994) colocam, a queda e suas conseqüências podem representar o atestado simbólico do declínio da saúde, da competência e da capacidade de manter a independência. Pode, também, ter efeitos desmoralizadores, revelando sentimentos de fraqueza, insegurança, vulnerabilidade, perda de controle e ansiedade com relação a doenças e morte. O idoso pode até mesmo esconder que caiu por vergonha, por sentir-se

incapacitado para a vida ou por mecanismo de negação.

A ocorrência de uma queda pode gerar o medo de cair novamente. Segundo Yardley (2004), o medo da queda pode levar não somente à angústia psicológica, mas também à restrição de atividades e a uma desnecessária e indesejável perda da independência. Acrescenta, ainda, que um entre quatro idosos caidores relatam restringir deliberadamente suas atividades.

De acordo com Paixão Junior e Heckmann (2002), os idosos que caíram pelo menos uma vez e ficaram estirados no chão sem auxílio, sem conseguirem levantar sozinhos, temem a ocorrência de novas quedas. Mesmo que o cair não tenha tido uma consequência física séria, o receio de uma nova queda acarreta o medo de movimentar-se, provocando uma dependência excessiva, com possível tendência a não sair mais de casa e ao isolamento do idoso. *“A perda da confiança decorrente pode resultar em restrição de atividades e representar um fator significativo para a transferência da vítima para um ambiente mais limitado e supervisionado como uma casa de repouso”* (TINETTI; POWELL, 1993 apud PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2002, p. 629).

Nos estudos de Rocha e Cunha (1994) o medo de uma nova queda tem forte impacto sobre a autoconfiança e o idoso pode desenvolver a Síndrome do Pós-Queda, isto é, um medo intenso de cair novamente, com tendência à insegurança quando a postura ereta é assumida. Para amenizar esse medo, o indivíduo tende a segurar objetos em sua volta e a utilizar bengalas com frequência, mesmo sem prescrição médica ou fisioterápica. Pode tornar-se semidependente ou dependente para executar suas atividades diárias, favorecendo o isolamento social, as modificações de comportamento, podendo desenvolver um padrão de baixa auto-estima, ou até mesmo um quadro depressivo. Todo esse quadro possibilita o surgimento do que Pereira (2001) chama de Síndrome de Imobilidade, padrão este que favorece o aumento do risco para novas quedas.

Segundo Yardley (2004), estudos para avaliar o fenômeno “medo da queda” foram desenvolvidos, baseados nas crenças de auto-eficácia relacionadas ao desempenho de atividades com segurança sem cair. Tais crenças são influenciadas por experiências pessoais prévias de falha ou de sucesso no desempenhar de atividades similares e em uma menor proporção pelo aprendizado indireto das experiências dos outros. Relata ainda que o medo da queda, o senso de auto-eficácia e a confiança no equilíbrio estão correlacionadas com prognósticos de queda, bem como com a saúde geral, deficiência sensorial, caminhada lenta e distúrbios de equilíbrio. Porém, o autor adverte sobre a necessidade de se pesquisar mais a respeito, uma vez que a associação entre os fatores de risco para queda e o medo da queda é

pouco conhecida, porque são observados vários idosos caídores sem medo assim, como não caídores com medo.

3.4 Aspectos sociais da velhice e sua relação com quedas

Além dos aspectos físicos e psicológicos, compreender a estruturação social da velhice favorece a compreensão do processo psicológico do pós-queda e a criação de ações para prevenir novas ocorrências, auxiliando o indivíduo a se reestruturar e promovendo intervenções no campo da Gerontologia que contribuam para a ampliação de políticas públicas que melhor atendam à população.

São diversas as propostas teórico-práticas desenvolvidas a fim de explicar o processo de envelhecimento e as mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade. De acordo com Siqueira (2001), uma das primeiras tentativas de se explicar o fenômeno social da velhice foi formulada por Cumming e Henry em 1961, a Teoria do Desengajamento, baseada em pesquisa realizada com 275 residentes de Kansas City, com idades entre 50 e 90 anos, física e financeiramente auto-suficientes. Essa teoria enfatiza o distanciamento entre o idoso e a sociedade como algo inevitável, fruto muitas vezes de quedas com conseqüente isolamento.

Os autores dizem que há um decréscimo no número da freqüência das interações sociais dos idosos e um menor envolvimento emocional com a comunidade. Tal afastamento também ocorre na sociedade em relação ao indivíduo, uma vez que, quase sempre, o meio social abre espaço para as pessoas jovens e eficientes, e reduz as oportunidades aos idosos. Os idosos tenderiam a afastar-se gradativamente da sociedade, que geralmente enaltece a energia do jovem, tornando-se mais introspectivos, como se estivessem preparando para a morte súbita. Haveria um decréscimo em todos os tipos de envolvimento do idoso em favor de um modo de vida mais restrito.

Em decorrência do afastamento mútuo entre indivíduo e sociedade, e de estereótipos em relação à velhice, pode haver perda de papéis sociais e diminuição de oportunidade para participação social do idoso, que passa a ser considerado como dependente em relação ao meio social. O isolamento e a diminuição de atividades, inclusive físicas, podem contribuir para a perda das habilidades adquiridas ao longo da vida, aumentando com isso as condições propícias para as quedas.

Na perspectiva do desengajamento, a cultura da segregação social do idoso, em grande parte, é reforçada pelas variáveis econômicas entrelaçadas às políticas públicas. Isso normalmente pode levar o idoso a sentir-se constrangido e limitado em suas oportunidades,

escolhas e experiências vitais mantenedoras de uma vida saudável e ativa. Ao analisar os cuidados das famílias para com seus idosos, percebe-se que tais políticas afetam as relações por envolver aspectos, sobretudo, econômicos. Para evitar conflitos desse tipo, a prevenção das quedas seria importante. (PAIXÃO JUNIOR; HECKMANN, 2002).

Outro postulado sobre o envelhecimento é teoria da atividade segundo a qual o indivíduo, ao envelhecer, depara-se com mudanças relacionadas às condições anatômicas, psicológicas e de saúde, típicas dessa etapa da vida. No entanto, suas necessidades psicológicas e sociais sofreriam poucas mudanças, mas seu mundo social pode-se tornar mais restrito, o que dificulta a satisfação dessas necessidades. A pessoa que envelhece bem seria aquela que resiste ao desengajamento social e enfrenta as limitações impostas pelo seu meio. (SIQUEIRA, 2001).

Portanto, é importante que o indivíduo mantenha os mesmos níveis de atividades físicas e mentais ao longo da vida, para chegar a um envelhecimento satisfatório. Visando a elevação e manutenção da auto estima positiva, o idoso deve substituir os papéis sociais perdidos no processo de envelhecimento por outros que lhe garantam a qualidade de vida, incluindo-se aqui as atividades desenvolvidas na sua comunidade. Não se pode esquecer, porém, que as condições socioeconômicas, a exclusão social, os preconceitos podem dificultar a manutenção das atividades e o exercício de novos papéis sociais.

Siqueira (2001) destaca que há fatores sociais que influenciam negativamente a capacidade de construir perspectivas de uma boa velhice. Dentre eles, pode-se citar: baixo nível educacional; baixa renda, relações sociais limitadas a um pequeno grupo de pessoas, mudanças de residência constantes.

Por outro lado, com a industrialização crescente, as empresas e instituições raramente admitem alguém que não produza, que não dê lucros, afastando, progressivamente, o idoso do trabalho rentável. Dessa forma, a sociedade industrial e tecnológica provocou mudanças estruturais e paradigmáticas que, por sua vez, induziram mudanças drásticas no modo de viver a velhice. Sabe-se que aspectos econômicos influenciam o *status* do idoso e o tratamento que lhe é dispensado e que as restrições financeiras resultam em perda de poder aquisitivo, da autonomia e da independência.

Ao analisar as relações sociais, observa-se que estas, muitas vezes, são mantidas a partir da análise de custos e benefícios decorrentes e que as pessoas procuram engajar-se em relações, que ofereçam algum tipo de recompensa, e a afastar-se daquelas que não resultem em lucro ou compensação. Desse modo, o idoso ao perceber esta condição, que é ditada pela própria sociedade, pode se isolar do meio social por não possuir recursos e, ainda viver

preocupado em não ser um peso para seu grupo familiar. Daí o medo da queda, que poderia torná-lo dependente, um ônus para seus familiares e conseqüentes desgastes emocionais provenientes deste episódio, o que poderia levá-lo a um isolamento social ainda maior.

Na prática verifica-se que esta condição é muitas vezes precursora para os processos de institucionalização, quer seja pela falta de recursos financeiros, ou emocionais da família em lidar com esta situação tão complexa.

De acordo com Neri (2001), observa-se uma dificuldade em assegurar papéis sociais que propiciem aos idosos continuarem engajados socialmente, ou que lhes garantam oportunidades e gratificações sociais como meio de sobrevivência e autonomia. Daí a importância vital da prevenção das quedas, tanto do ponto de vista do indivíduo quanto da sociedade, considerando os altos custos envolvidos na recuperação desse evento.

A este respeito, Pereira (2001) em seu estudo traça dados epidemiológicos das quedas; relata que no Brasil 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano, com frequência maior em mulheres em homens da mesma faixa etária, e que a incidência bruta de fraturas do fêmur proximal em idosos com 70 anos ou mais, é de 90,21/10.000 nas mulheres e de 25,46/10.000 nos homens. Este é o tipo de fratura considerado mais grave, que necessita de maior tratamento, implica em maior tempo de recuperação e pode trazer conseqüências mais sérias, como perda permanente da independência.,

O autor acrescenta que, do total de quedas, 5% resultam em fraturas, e de 5 a 10% são fraturas graves, necessitando de cuidados médicos, hospitalização e cirurgia. Com relação ao tempo de internação, estes idosos necessitam do dobro do tempo para se recuperarem em relação aos idosos hospitalizados por outros motivos. Relata ainda que, para os idosos que necessitaram de internação, o risco de morte varia entre 15% e 50% em um ano pós-queda, e que dois terços do total de idosos cadentes (hospitalizados ou não) cairão novamente nos seis meses subseqüentes. Pode-se, a partir destes dados, inferir o alto custo que este evento significa para o já precário sistema público de saúde brasileiro.

Percebe-se dessa maneira que há uma série de fatores que contribuem para a formação das diferentes acepções atribuídas ao envelhecimento nas várias sociedades, e que irão influenciar o significado individual, social, econômico e político atribuído às quedas. No rol desses fatores, destacam-se a decadência, o desengajamento social, o distanciamento de atividades produtivas, a inabilidade para se ajustar às mudanças tecnológicas e a degradação do *status* econômico.

Deve-se atentar para o fato de que essas predisposições estendem-se para além do domínio das políticas públicas, influenciando a postura dos profissionais envolvidos nas questões da velhice.

4- OBJETIVOS

Objetivo geral:

Investigar e avaliar as conseqüências da queda para o idoso caidor, segundo os aspectos psicológicos e emocionais.

Objetivos específicos:

- Levantar e apontar os prováveis fatores extrínsecos e/ou intrínsecos que antecederam à queda e que pudessem ter favorecido para que o evento ocorresse.
- Verificar do ponto de vista do idoso, as possíveis conseqüências que a queda trouxe na sua vida e na de seus familiares.
- Conforme o relato dos entrevistados, investigar os pensamentos, sentimentos e emoções, gerados pela queda, bem como as possíveis alterações psicossociais.

II METODO

1) Participantes

Os critérios para a inclusão de pessoas neste estudo foram: ter 60 anos de idade ou acima; ser residente na cidade de Uberaba-MG, ter sofrido pelo menos uma queda no período de um ano (2004 a 2005); ter condições cognitivas para responder às perguntas do roteiro de entrevista; frequentar pelo menos uma vez por semana o local onde estava sendo realizada a coleta das informações, de modo a viabilizar o estudo.

Foram entrevistados e avaliados neste estudo 32 idosos, sendo 25 mulheres e sete homens, com idade entre 60 e 99 anos. Os participantes foram contatados em seis locais distintos: 11 participantes em dois centros públicos de reabilitação, quatro em academia de atividades aquáticas, nove em consultório de fisioterapia e oito em instituições de longa permanência filantrópica e particular. A maioria dos participantes morava com a família, era solteira, aposentada, com baixo grau de escolaridade, não participante de atividades em grupo e portadores de pelo menos uma doença crônica degenerativa..

Os dados que caracterizam os participantes foram descritos no Quadro 1.

QUADRO 1 Perfil sócio-demográfico dos entrevistados

Suj.	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Local de contato	Com quem mora	Recebe ajuda	Parti. Grupos
01	F	70	Viúva	Fund Incom	Aposentada	C. reabilitação	Família	Sim	Sim
02	F	79	Viúva	Fund Incom	Apos / ativ. do lar	C. reabilitação	Família	Não	Não
03	F	70	Casada	Fund Incom	Aposentada	C. reabilitação	Família	Sim	Não
04	F	76	Solteira	Méd. Incom	Apos / ativ do lar	C. reabilitação	Sozinha	Não	Sim
05	F	61	Casada	Fund.Incom.	Cozin./Passad.	C.reabilitação	Família	Não	Não
06	M	84	Viúvo	Fund.Incom.	Aposentado	C.reabilitação	Família	Sim	Não
07	F	73	Viúva	Fund.Incom.	Apos / costureira	C.reabilitação	Família	Não	Sim
08	F	82	Viúva	Fund.Incom.	Apos / lavadeira	C.reabilitação	Família	Não	Sim
09	M	86	Casado	Fund.Incom.	Aposentado	C.reabilitação	Família	Sim	Não
10	F	73	Solteira	Méd. Com.	Apos / secretaria	C.reabilitação	Família	Não	Sim
11	F	69	Casada	Fund.Incom.	Apos / ativ do lar	C.reabilitação	Família	Não	Não
12	F	66	Viúva	Fund. Com.	Vendedora	Consult.Fisiot.	Família	Não	Não
13	F	74	Solteira	Fund.Incom.	Apos / ativ. do lar	Consult.Fisiot.	Família	Sim	Sim
14	F	62	Viúva	Fund.Incom.	Costureira	Consult.Fisiot.	Família	Não	Não
15	F	64	Casada	Fund.Incom.	Aposentada	Consult.Fisiot.	Família	Sim	Não
16	F	65	Solteira	Superior	Aposentada	Consult.Fisiot.	Família	Sim	Não
17	M	86	Casado	Superior	Aposentado	Consult.Fisiot.	Família	Sim	Não
18	F	71	Solteira	Fund.Com.	Apos / faz quitandas	Consult.Fisiot.	Família	Não	Sim
19	F	71	Divorc.	Fund.Incom.	Apos. / ativ. do lar	Consult.Fisiot.	Família	Não	Não
20	F	61	Casada	Fund.Incom.	Doméstica	Consult.Fisiot.	Família	Não	Sim
21	F	65	Viúva	Analfab.	Apos / ativ. do lar	Acad. Aquat.	Família	Não	Sim
22	F	65	Separada	Fund.Incom.	Apos / ativ. do lar	Acad. Aquat.	Família	Não	Sim
23	F	75	Casada	Analfab.	Apos./ ativ. do lar	Acad. Aquat.	Família	Não	Sim
24	F	64	Casada	Fund.Incom.	Apos./ ativ. do lar	Acad. Aquat.	Família	Não	Sim
25	M	76	Solteiro	Fund.Incom.	Aposentado	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
26	M	72	Solteiro	Fund.Incom.	Aposentado	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
27	M	88	Solteiro	Fund.Incom.	Aposentado	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
28	F	85	Solteira	Fund.Incom.	Aposentada	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
29	F	98	Viúva	Fund.Incom.	Aposentada	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
30	F	81	Solteira	Fund.Incom.	Aposentada	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
31	M	87	Viúvo	Fund.Incom.	Aposentado	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Não
32	F	64	Solteira	Méd..Incom.	Aposentada	Inst.Longa Perm.	Residentes da inst.	Sim	Sim

2) Local

As entrevistas foram realizadas nos locais onde os participantes tinham sido selecionados e contatados, exceto para os participantes do consultório de fisioterapia que foram entrevistados em seus domicílios.

3) Instrumentos

Inicialmente foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Hábitos de Saúde, a partir da qual foram obtidas informações sócio-demográficas e dados básicos sobre a saúde dos participantes. O uso da ficha possibilitou a caracterização dos participantes e o levantamento de possíveis fatores de risco para quedas, presentes no dia a dia destes idosos. Um modelo da ficha pode ser visto no Anexo A.

. O outro instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista, composto de 20 perguntas, sendo as 11 primeiras relacionadas aos prováveis fatores que levaram o idoso a cair. As demais são voltadas para o levantamento de percepções (questões 7 e 20), pensamentos (questões 12 e 20) e sentimentos (questões 13 e 20) que o idoso teve ao cair e na fase pós-queda, bem como as conseqüências da queda na sua vida e na de seus familiares, e a forma com que lidaram, ou ainda lidam com estas conseqüências (questões 14, 15, 16 17, 18, 19). As questões 7 e 20 contemplam a ambos objetivos. O emprego do Roteiro de Entrevista favoreceu ao levantamento de aspectos objetivos e subjetivos que envolveram o evento quedas para estes idosos. Um modelo do Roteiro de Entrevista está colocado no Anexo B.

Os instrumentos foram elaborados pela pesquisadora para este estudo, com base na literatura gerontológica especialmente sobre quedas, e na psicologia do desenvolvimento e envelhecimento humano, principalmente no modelo life-span de desenvolvimento.

4) Procedimentos

O projeto do presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado por este em dezembro de 2004, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo C1) e Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo D).

A pesquisa foi realizada na cidade de Uberaba –MG. Inicialmente haviam sido escolhidos três locais com características diferenciadas para a realização da pesquisa; (duas

instituições públicas municipais e o consultório da pesquisadora). Devido a mudanças administrativas ocorridas nessas instituições, foi necessário acrescentar mais locais. A busca de participantes para o estudo foi feita, então, em dois centros públicos de reabilitação, duas instituições de longa permanência, uma academia de atividades aquáticas e o consultório de fisioterapia da pesquisadora. O contato inicial era feito com os diretores ou coordenadores da instituição, ou empresa, quando era apresentado o projeto a ser realizado. Após esclarecer as eventuais dúvidas acerca da proposta apresentada, a pesquisadora pedia autorização para ter acesso a fichas e/ ou prontuários das pessoas que tinham 60 anos, ou mais e freqüentavam, ou eram atendidos no local, bem como a possibilidade de contato com os fisioterapeutas que lá atuavam.

Uma vez autorizada, a pesquisadora consultava as fichas e prontuários visando localizar as pessoas que se enquadravam nos critérios de inclusão na pesquisa. Além disso, os fisioterapeutas que trabalhavam nos referidos locais foram contatados para indicar pacientes que se enquadrariam no perfil solicitado na pesquisa.

Os idosos escolhidos foram contatados no próprio local de atendimento. No primeiro encontro, a pesquisadora identificava-se e explicava o trabalho que pretendia realizar, complementava as informações que tinha sobre o episódio de queda, ou sobre a pessoa para verificar se atendia, de fato, aos critérios de inclusão. Uma vez que a pessoa atendia aos critérios e concordava em participar do estudo, era apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Esclarecido (Anexo C1 e C2) para ser assinado por ela. Era, então, agendado o dia, horário e local para aplicação dos instrumentos, conforme a disponibilidade dos participantes.

A entrevista dos idosos selecionados na academia foi feita no próprio local e os do consultório, em seus domicílios.

Os encontros para as entrevistas foram organizados e realizados da seguinte forma: primeiro a pesquisadora preenchia a ficha de dados pessoais e de hábitos de saúde, a partir das informações fornecidas pelo participante. Em seguida, fazia as perguntas do roteiro de entrevista e ia anotando as respostas das pessoas.

Posteriormente, as respostas dadas foram transcritas (digitadas) para um banco de dados, analisadas e categorizadas conforme os critérios utilizados na literatura para classificação de causas e conseqüências de quedas. Em seguida procedeu-se uma nova categorização conforme os objetivos geral e específicos propostos neste estudo, e os dados receberam dois tipos de tratamento; quantitativo e qualitativo.

III RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foi empregado um tratamento estatístico para a análise dos dados, onde foram calculadas as frequências simples e os percentuais para descrição de variáveis sociodemográficas, estado de saúde, uso de medicamentos, circunstâncias mais comuns que favoreceram as quedas e suas conseqüências imediatas e posteriores. (Ver os Anexos A e B/1-11 e a Tabela 2). O teste Qui-Quadrado (X^2) (SIEGEL, 1975) foi aplicado para verificar se havia diferenças significativas nos resultados encontrados.

O tratamento qualitativo dos dados também foi empregado, utilizando-se uma análise do conteúdo das respostas que foram categorizadas a partir dos estudos gerontológicos sobre envelhecimento natural e patológico, especialmente os relacionados à queda, suas principais causas e conseqüências, e os estudos de psicologia do envelhecimento.

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados encontrados nessas análises.

Análise Quantitativa dos dados

1- Aspectos sociodemográficos

Os dados deste estudo foram analisados estatisticamente de forma quantitativa e qualitativa. Primeiramente, empregou-se no tratamento quantitativo, a análise estatística descritiva; foram calculadas as frequências simples e percentuais dos dados pessoais visando uma melhor compreensão das variáveis sócio-demográficas, do estado de saúde, do uso de medicamentos e circunstâncias mais comuns que favoreceram as quedas suas conseqüências imediatas e posteriores, bem como o enfrentamento e as medidas preventivas adotadas pelos participantes (anexo A e B, quadro 1). Em seguida, foi aplicado o teste Qui-Quadrado (X^2) (SIEGEL, 1975), em algumas das variáveis analisadas anteriormente com o objetivo de verificar se existiram diferenças significativas ou não entre elas.

E posteriormente, procedeu-se o tratamento qualitativo dos dados, analisando de forma descritiva o conteúdo das respostas a partir das categorias idealizadas para este estudo, tendo por referencial teórico as teorias da psicologia do desenvolvimento e envelhecimento humano natural e patológico e alguns estudos que relacionam o envelhecimento e a propensão às quedas.

De acordo com os dados apresentados na caracterização dos participantes do estudo, observou-se que a maioria dos grupos familiares tem um perfil multigeracional, formado principalmente por seus netos e filhas. Estes resultados não diferem do que tem sido encontrado em estudos demográficos e de gerontologia social, nos quais o idoso tem sido apontado como fonte de suporte familiar, abrigando ou mesmo tendo sob sua responsabilidade a criação de netos, o abrigo de filhos que se descasam e voltam a residir com os pais. Este perfil do idoso brasileiro difere dos idosos de países desenvolvidos que em sua grande maioria moram sozinhos, possivelmente nossos idosos estejam acompanhados da família, não por uma questão cultural, mas sim por uma condição sócio-econômica desfavorável dos seus descendentes, como também para a maioria da população.

A este respeito, Camarano et al (2004), analisando diferentes tipos de arranjos familiares com idosos, relatam que 43% das famílias que possuem idosos residindo são do tipo extensa, isto é, abrigam também outros parentes como netos, filhos, irmãos e sobrinhos. Foi observado, também, que na maioria das vezes (86,5%), os idosos são responsáveis por estas famílias em que vivem. Associam isto ao fato do idoso estar em melhores condições de vida que a população mais jovem em geral, uma vez que apresentam rendimentos maiores, já possuem casa própria paga e, desta forma, podem contribuir positivamente na renda familiar. Ainda segundo as autoras, este fato deve-se às transformações sofridas pela economia brasileira, o que traz para população jovem, grandes dificuldades em relação ao mercado de trabalho, gerando desemprego, criminalidade e violências. Foi verificado, por essas autoras, como no presente estudo, que apesar de idosos, boa parcela ainda se mantém ativa, e mesmo aposentados ainda trabalham, o que leva a refletir sobre mudanças na relação envelhecimento e dependência, ficando os estados de dependência e semi-dependência adiados para a parcela de idosos de idades mais avançadas (80 anos ou mais). Concluem ser este o segmento que demanda mais cuidados, e no caso do idoso brasileiro, estes cuidados recaem quase que totalmente sobre a família e principalmente sobre as mulheres.

Foi observado, no presente estudo, que no grupo de cuidadores familiares, mais uma vez a mulher, especialmente as filhas, aparecem como as principais responsáveis pelo desempenho deste papel, o que está em concordância com o referido por Camarano et al (2004). Uma explicação possível para isto, segundo Boff (2001), é o fato do cuidar e do cuidado serem experiências fontais em cada um de nós, pois o primeiro continente que a criança conhece é a sua própria mãe; “mulher-mãe”. Em um estudo sobre mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência, Perracini e Neri (2002), citam o trabalho de Silva (1998) sobre relações de cuidar. O autor afirma que há uma expectativa social de que a

mulher assumo o papel de cuidar, tanto das pessoas enfermas quanto da casa, pois essas são atividades consideradas femininas. Este é um papel socialmente construído, podendo significar um ônus para as mulheres, mas também favorecer o desenvolvimento do senso de competência para os enfrentamentos que forem necessários ao longo da vida. Ainda segundo Perracini e Neri (2002), qualificar e quantificar, de forma genérica, o que significam essas contingências na vida das cuidadoras é impossível, pois o significado real depende de fatores subjetivos pessoais.

Uma outra vertente dos novos arranjos familiares, sobre a qual é necessário refletir em virtude das mudanças para as quais aponta, diz respeito à crescente e maior participação feminina no mercado de trabalho, o que vem acontecendo desde a década de 1960. Isto significa que, já transcorridos 40 anos no mínimo, muitas mulheres deste contingente estão entrando na faixa da população idosa.

Outro fator gerador de mudança é o menor número de filhos, que também acompanhou e acompanha estas transformações no papel social da mulher. Segundo Lopes (2003), esta participação feminina no mercado de trabalho ao longo destes anos fez com que as famílias, portadoras de idosos atualmente possuam também uma renda superior a de outros tipos de família, o que de certa forma explica as famílias do tipo extensas, chefiadas por mulheres.

Além destas transformações sociodemográficas brasileiras, a feminização da velhice é um outro fenômeno de importância mundial e que vem ocorrendo nas diversas populações de idosos. Este evento ocorre pela sobremortalidade das mulheres em relação aos homens. Segundo dados fornecidos pela WHO-Opas-OMS (2002) sobre, a proporção de homens e mulheres com 60 anos ou mais (n° homens / 1000 mulheres) por regiões do mundo, em 2000 e 2020, havia, na Europa, 678 homens para cada 1000 mulheres; em regiões menos desenvolvidas a proporção era de 879 homens para cada 1000 mulheres; e em países como Brasil e África do Sul, a população de mulheres com mais de 75 anos representa atualmente 2/3 da população total de idosos. Estima-se para 2020 que esta proporção continue aumentando, principalmente nas regiões menos desenvolvidas.

No que se refere ao perfil da mulher idosa brasileira atual, sabe-se que há uma herança cultural de baixa escolaridade; discriminação em relação ao mercado de trabalho e salário; pouca assistência à saúde e assistência social. Este acúmulo de desvantagens coloca-as numa posição socialmente mais vulnerável em relação aos homens, certamente o que se assemelha ao perfil recente das mulheres que estão envelhecendo no mercado de trabalho e com menos filhos, mas que em contrapartida são responsáveis por famílias extensas, o que também as

coloca em situação de desgaste e vulnerabilidade. Considerando este contexto brasileiro de transformações socioculturais e econômicas, Lopes (2003) alerta para a feminização da velhice como um dado fundamental para se estabelecer novos contratos de gênero, uma vez que: “as mudanças inerentes a ambos universos, individual e familiar, somadas às crescentes demandas da população idosa, reforçam a necessidade de rever os contratos de gênero, que são dinâmicos e processuais” (p. 139). Discutir estas transformações é de fundamental importância para o desenvolvimento de suporte social e da saúde como um todo. A tabela 2 a seguir apresenta o percentual por grupos de moradia e gênero:

TABELA 2 – Distribuição dos participantes, segundo a moradia e ao sexo:

	Moradia	% Masc.	% Fem.	% Total
C/ Família		42,86	80,00	71,88
Sozinho		0,00	4,00	3,12
I.L.P.		57,14	16,00	5,00
Total		100,00	100,00	100,00

Com relação ao estado civil predominante foi o de solteiro 34,39%, sendo que oito (25%) eram mulheres e três (9,36%) eram homens. Como pode ser verificado na tabela 3:

TABELA 3 Distribuição dos participantes segundo o estado civil e sexo:

Est. Civil	% Masc	% Fem	% Total
Casado	28,57	28,00	28,12
Divorciado	0,00	4,00	3,12
Separado	0,00	4,00	3,12
Solteiro	42,86	32,00	34,39
Viúvo	28,57	32,00	31,25
Total	100,00	100,00	100,00

Um fato interessante pode ser observado quando são cruzados os dados referentes ao sexo, estado civil e moradia; das 25 idosas entrevistadas, quatro (três solteiras e uma viúva) moravam em instituição de longa permanência; já com relação aos sete idosos, quatro (três solteiros e um viúvo) residiam também em ILP. aos sete idosos, quatro (três solteiros e um viúvo) residiam também em ILP. Comparando-se os percentuais, no total da amostra as

mulheres representam 78,13% e os homens 21,87%. Dos que residem em ILP, 16% são mulheres e 57,14% são homens.

Com o objetivo de verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, aplicou-se o teste Qui-Quadrado e o valor encontrado foi igual a 14,16, indicando que houve diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis comparadas, sendo que os valores mais elevados quanto a residir com a família, corresponderam às participantes do sexo feminino. Já os participantes do sexo masculino apresentaram valores mais elevados para residirem em ILP.

Uma hipótese que poderia justificar essa diferença estatisticamente significativa é o fato do próprio papel social das mulheres, referente ao cuidar como foi abordado anteriormente, o que ao longo da vida favorece ao desenvolvimento de uma maior rede de suporte social e afetiva, podendo favorecer em alguns casos uma velhice mais protegida ou amparada pelos familiares e/ou amigos.

No grupo todo, a maioria dos participantes declarou-se aposentada (84%); percentual este composto por 20 mulheres e sete homens, porém dentre as idosas, 17 disseram ter outras atividades, desde atividades remuneradas, como complemento de renda, a atividades de cuidados do lar. As outras cinco idosas que compõem o grupo total de mulheres não eram aposentadas. As atividades podem ser vistas conforme tabela 4

TABELA 4 – Distribuição das mulheres aposentadas, segundo ocupação relatada:

Ocupações	% Fem
A/Ativ. Lar	52,95
A/ Lavadeira	5,88
Costureira	11,77
Cozinheira/passadeira	5,88
Doméstica	5,88
Quitandeira	5,88
Secretária	5,88
Vendedora	5,88
Total	100,00

Pode-se observar que apesar da maioria dos entrevistados serem aposentados, 68,75% das idosas possuem atividades. Muito embora, em relação à atividade física, 65,62% do total de entrevistados tenham se declarado sedentários, apenas os quatro entrevistados da Academia de Atividades Aquáticas relataram fazer pelo menos uma atividade física regularmente e ainda 56% dos idosos disseram não fazer parte de qualquer grupo.

2 Estado de saúde e o uso de medicamentos

A quase totalidade (31 idosos, 97%) disse ter pelo menos um tipo de problema de saúde e 84% faziam uso de medicamentos. Dos problemas citados, tiveram destaque a hipertensão arterial, 17 (55%) dos idosos, o diabetes mellitus 8 (25%), seguidos das alterações cardiovasculares como do miocárdio, das valvas, das artérias, dos vasos e as alterações osteoarticulares como artrite, artrose e osteoporose, que juntas compuseram 20%. Em relação à quantidade de medicamentos de uso diário, 65,62% usavam de 01 a 02; 18,75% usavam de 03 a 04 e 15,62% relataram não usarem qualquer tipo de medicamento. Dentre os que se declararam hipertensos, pelo menos 15 (88,3%), usavam medicação anti-hipertensiva, seguidos das medicações para o diabetes, para as disfunções cardíacas, estômago e, por último, para os problemas osteoarticulares.

Conforme tem sido descrito na literatura, é provável que o uso de qualquer medicamento esteja associado a um risco aumentado de quedas e este risco pode aumentar em até 3 vezes mais, quando há associação de pelo menos quatro medicamentos relatam Paixão e Heckmann (2002) p.631, referindo-se à pesquisa de MONAME e AVORN (1996). Em outro estudo, Brito et al (2001) pontuam que, medicações como os anti-hipertensivos, anti-parkinsonianos, diuréticos e psicotrópicos podem propiciar episódios de quedas por diminuírem as funções motoras, causarem fraqueza muscular, fadiga, vertigem e hipotensão postural.

A partir dos relatos dos participantes, verificou-se no presente estudo a desinformação dos idosos a este respeito e a necessidade premente, por parte dos profissionais de saúde, essencialmente daqueles responsáveis pela prescrição desses tipos de medicamentos, de informar o idoso e/ou familiares e cuidadores sobre o risco, bem como sobre as medidas cautelares, necessárias para prevenir ou minimizar o risco da queda, principalmente por serem medicamentos de uso tão comum nesta faixa etária.

3 Circunstâncias das quedas e consequências imediatas

Quando perguntados sobre quantas vezes caíram, houve as mais variadas respostas. Os idosos que relataram um maior número de quedas, apresentaram comportamentos distintos com relação ao evento, uns demonstraram naturalidade em cair e até brincavam ao responder, porém sempre falavam que tomavam cuidados e associavam as quedas a alguma limitação física já instalada (como DCNT, seqüela de AVC). Outros se apresentavam apreensivos, preocupados com o fato de caírem repetidas vezes e de não saberem ao certo porque isto lhes acontecia. Falavam também que tomavam cuidados, como ficar mais quietos e que passaram a sair de casa somente acompanhados. Os entrevistados, que relataram um número menor de quedas, associaram mais o evento à falta de atenção, à pressa e aos fatores externos, como por exemplo as calçadas esburacadas. As questões de ordem física foram também apontadas, porém em menor proporção em relação aos “francos caidores”. O cuidado e maior atenção também aparecem nos relatos como medidas preventivas. Para uns, o acontecimento foi encarado e resolvido com naturalidade, para outros, tornou-se um evento preocupante.

O convite para conversar sobre a última queda foi importante, principalmente para aqueles idosos que apresentavam histórico de muitas quedas, fora ou dentro do período de 1 ano (critério estabelecido na pesquisa), proporcionando o resgate de uma condição mais favorável às lembranças do fato e suas consequências, bem como uma maior fidedignidade ao relato de um evento só.

A quantidade de quedas por idosos e por gênero pode ser observada na tabela 5:

TABELA 5 - Distribuição do número de quedas por sexo:

Nº de quedas	% Masc	% Fem	% Total
Uma	10,00	3,62	4,85
Duas	10,00	14,46	13,85
Três	15,00	18,07	17,45
Quatro	40,00	24,09	27,00
Cinco	25,00	30,12	29,09
Oito	00,00	9,64	7,76
Total	100,00	100,00	100,00

Foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (X^2) e o resultado foi igual a 20,64. Indicando que houve diferenças significantes entre o número de quedas de homens e mulheres, sendo que as mulheres caíram mais vezes do que os homens.

A maior parte das quedas ocorreram durante o período diurno (manhã e tarde), representando (78,13%) do total. Fato este, compatível com o perfil dos idosos deste estudo, uma vez que em sua maioria apresentavam-se relativamente independentes, desempenhando várias atividades neste período, estando assim, possivelmente, mais expostos a esse evento. Outras pesquisas apresentam resultados que estão em concordância com os aqui encontrados; estudos realizados por (SCHELP; SVANSTROM, 1986; DE VITO et al., 1988 apud TIDEIKSAAR, 2003), também apontam para um maior número de quedas no período diurno. Da mesma forma, Campbell, et al. (1990) verificaram, em um outro estudo com idosos na comunidade, que 81% das quedas ocorriam no período diurno até as primeiras horas da noite, o que corresponde a um período de mais atividades e que apenas 19% ocorriam no período das 21:00 às 07:00.

Os dados referentes ao presente estudo podem ser observados na tabela 6.

TABELA 6 – Distribuição dos participantes por período do dia e ocorrência das quedas:

Períodos	% Masc	% Fem	% Total
Madrugada	0,00	8,00	6,25
Manhã	42,86	48,00	46,88
Noite	14,28	16,00	15,62
Tarde	42,86	28,00	31,25
Total	100,00	100,00	100,00

Apesar da alta frequência diurna das quedas, principalmente matinais (46,88%), nenhum idoso associou o fato de ter caído pela manhã ao uso de medicamentos e nem demonstrou ter conhecimento da possibilidade da interferência destes em suas atividades diárias, conforme já foi relatado anteriormente.

TABELA 7 – Distribuição dos grupos e locais de ocorrência das quedas:

Grupos	% Em casa	% Na rua	% Total
Centro de reabilitação	33,33	36,36	34,38
Academia aquática	4,76	27,28	12,50
Domiciliares	23,81	36,36	28,12
Inst. longa permanência	38,10	0,00	25,00
Total	100,00	100,00	100,00

No grupo todo verificou-se que 65,7% dos entrevistados disseram ter caído na própria residência e os 34,3% restantes na rua. Porém, dos entrevistados que vivem na comunidade, o sub grupo da academia de atividades aquáticas foi o que apresentou menos quedas no domicílio e mais quedas na rua, embora este evento tenha ocorrido em menor proporção para os dois locais (residência e rua), quando comparado aos outros idosos da comunidade. De fato, os integrantes que compunham este sub-grupo eram mais ativos que os outros da comunidade, pois relataram praticar regularmente pelo menos a atividade de hidroginástica e ao mesmo tempo mantinham, também, mais laços sociais.

TABELA 8 – Distribuição dos grupos e os principais locais apontados de ocorrência das quedas no ambiente doméstico:

Locais	% C. Reab	% Ac Aq	% Domic	% ILP	% Total
Área	14,28	0,00	20,00	37,5	23,82
Banheiro	28,58	100,00	0,00	0,0	14,28
Corredor	14,28	0,00	0,00	0,0	4,76
Cozinha	28,58	0,00	0,00	0,0	9,52
Escadas	0,00	0,00	0,00	12,5	4,76
Quarto	0,00	0,00	40,00	37,5	23,82
Quintal/jardim	14,28	0,00	40,00	0,0	14,28
Sala	0,00	0,00	0,00	12,50	4,76
Total	100,00	100,00	100,00	100	100,00

No ambiente doméstico, os locais de risco mais apontados neste estudo foram; em primeiro lugar; área de serviço, quintal, jardim (áreas externas) e quarto, seguidos pelo banheiro; em terceiro lugar a cozinha e por último sala, escada e corredor (áreas internas).

Observou-se que as quedas aconteceram mais nas áreas externas o que provavelmente ocorreu por serem áreas que oferecerem mais riscos, como o solo irregular, superfícies molhadas, associadas a uma maior movimentação por parte do idoso. A este respeito, Carvalho e Coutinho (2004), ao realizarem um estudo sobre demência como fator de risco para fraturas graves em idosos, verificaram que o grupo controle apresentou quase 5 vezes mais quedas em áreas externas, em relação ao grupo de idosos dementados, e associaram este fato a diferença de mobilidade entre os grupos, sendo o primeiro grupo mais ativo.

Para o ambiente interno, o cômodo onde ocorreu a maioria das quedas foi dormitório, o que é também amplamente citado na literatura, por ser um local que apresenta maior número de riscos, tanto pelos fatores externos propriamente ditos, como tapetes, móveis mal dispostos, iluminação insuficiente, quanto por fatores inerentes ao próprio idoso, isto é, fatores principalmente associados ao simples ato de levantar, estando os idosos mais pré-dispostos a lipotímia e hipotensão postural por variação súbita da pressão arterial. O banheiro

foi também muito citado neste estudo como em outros, o que é compatível com os riscos que este cômodo apresenta e as atividades (principalmente banho) aí realizadas.

Identificar os locais que oferecem mais riscos no ambiente doméstico é importante para um bom planejamento preventivo das quedas.

Quando perguntados sobre a atividade que realizavam quando ocorreu a queda, 78,88% disseram estar andando; 12,50% estavam levantando de cama ou de cadeira (mudança de decúbito); dois estavam descendo (escada ou meio-fio); um idoso estava parado, outro estava tomando banho e um não se lembrou do que estava fazendo.

Os dados referentes ao local e atividade realizada no momento da queda não diferem do que é encontrado na literatura, no qual ambiente doméstico aparece em primeiro lugar TIDEIKSAAR, (2003). Num estudo realizado por Fabrício et al. (2004), com 50 idosos caídores, atendidos em um hospital público de Ribeirão Preto, foi constatado que 66% das quedas haviam ocorrido também no ambiente doméstico.

No que se refere ao que estavam fazendo no momento em que caíram, há também um consenso, em diversos estudos, de que o idoso cai ao realizar atividades corriqueiras, como andar, levantar de camas, cadeiras, usar o banheiro, ao invés de estarem realizando atividades perigosas, como subir em escadas e bancos (CAMPBELL et al.,1990; FABRÍCIO et al., 2004).

Uma das conseqüências imediatas da queda é o tempo de permanência no solo, 59,36% disseram ter ficado pouco tempo caído, 34,40% muito tempo e dois (6,24%) responderam não lembrar por quanto tempo ficaram caídos. Dos que caíram, 68,75% relataram que não foi necessária ajuda para se levantarem, o restante, 31,25%, precisou de ajuda.

Apesar de ter sido encontrado um baixo percentual para o tempo de permanência no solo neste estudo, cujos dados são compatíveis com o perfil mais ativo apresentado pelo grupo, convém ressaltar que na avaliação de um idoso caído, sabermos sobre este tempo é de suma importância, porque se for superior a uma hora (denominado na literatura por “long lie”), considera-se um indicador de alguma doença, fraqueza e isolamento social. As complicações provenientes do “long lie” podem variar desde a hipotermia, desidratação, broncopneumonia até a morte do idoso; a esse respeito alguns estudos relatam que a metade dos idosos que passam por este evento, mesmo que não tenham sofrido nenhuma lesão grave, acabam morrendo ao final de 6 meses (WILD et ali., 1980; KIWG, 1987).

Outra conseqüência imediata verificada no presente estudo, diz respeito à gravidade dos ferimentos. Os percentuais encontrados foram de 75% para ferimentos leves e 25% de

ferimentos graves, segundo o relato dos entrevistados. E ainda, 65,63% disseram não ter necessitado de cuidados médicos, o restante, 34,37%, necessitou.

Pode ser observado que os percentuais das questões 9 e 11 (anexo B) são bem próximos. A diferença entre as respostas das duas questões é de apenas um idoso que apesar de não ter sofrido ferimento grave procurou os serviços médicos.

Analisando as respostas das questões 8 e 9 e comparando com as da questão 10, provavelmente o menor tempo de permanência no solo e a menor necessidade de ajuda para levantar estão relacionados à menor gravidade das quedas, para os participantes deste estudo e as condições favoráveis de mobilidade apresentadas pela maioria do grupo.

4 - Consequências posteriores, enfrentamento e medidas preventivas

No que se refere às consequências que as quedas podem ter trazido para o idoso e seus familiares, 71,88% admitem ter sofrido alguma consequência, 21,88% relataram que não tiveram consequências e dois (6,24%) não souberam responder. As consequências frequentemente mais percebidas pelos idosos foram: dores pelo corpo; o medo de cair novamente; o aumento das limitações e a diminuição das atividades; a necessidade de ajuda para realizar algumas tarefas; o medo de sair sozinho e o isolamento social. Foram relatadas ainda, como consequências, a procura por consultas e exames médicos periódicos, o aumento da atenção e cuidado ao realizar determinadas tarefas, a escolha do calçado mais adequado. Foi percebido também pelo idoso o aumento do nível de cuidado por parte da família. No geral pode-se observar que as consequências levaram à adoção de medidas preventivas.

TABELA 9 -Distribuição das respostas de enfrentamento frente às consequências das quedas:

Forma de Enfrentamento	%
Positivo	78,14
Negativo	3,12
Religioso	3,12
Não responderam	15,62
Total	100,00

Pelos relatos apresentados, pode ser observado que a maioria dos entrevistados lidou de forma positiva com as consequências das quedas, pois 40,63% relataram prestar mais atenção quando desempenham alguma atividade que oferece risco de caírem. Dos participantes restantes, 28,13% responderam que lidaram bem com as consequências, 15,62% não souberam responder, 9,38% disseram que tentam organizar-se com as limitações. Um

participante respondeu que reza e um disse que não lida bem com as consequências. Estes dados estão agrupados como forma de enfrentamento e, posteriormente, aplicado o teste Qui-Quadrado para uma melhor compreensão e estabelecer o grau de significância entre as respostas.

O resultado do teste foi $X^2 = 63,59$, indicando que houve diferenças estatisticamente significativas entre as frequências analisadas, sendo que os valores mais elevados foram os relativos às respostas de enfrentamento positivo.

TABELA 10 – Distribuição das respostas segundo a uma visão positiva e/ou negativa das consequências das quedas conforme relato dos entrevistados

Respostas	%
a) Positivas	
• Modificação do ambiente, como prevenção	57,14
• Maior valorização dos próprios potenciais	14,29
b) Negativas	
• Limitações na execução de tarefas	14,29
• Dependência de terceiros	7,14
• Afastamento social	7,14
Total	100,00

Obs: Todos foram unânimes em dizer que tiveram aumento da atenção.

Quando perguntados se o evento trouxe consequências positivas e/ou negativas para a vida deles, observou-se, novamente, que a maioria (71,43%) das respostas corresponde a uma visão e a um enfrentamento positivo do evento e de suas consequências, como uma melhor percepção e valorização dos próprios potenciais e das atitudes preventivas, com a modificação de alguns hábitos e do ambiente. Já as consequências negativas corresponderam a 28,57% das respostas. Foram apontadas as limitações na execução das tarefas diárias, a semi- dependência e/ou dependência de terceiros e o afastamento social.

Aplicado o teste Qui-Quadrado, o resultado encontrado foi igual a 9,63 indicando que diferenças estatisticamente significativas entre as ações provenientes do enfrentamento, sendo os valores mais elevados correspondentes às respostas de ações positivas.

No que se refere aos cuidados preventivos adotados para evitar novos episódios de quedas, foram citados: uma maior atenção e cuidados ao caminhar e/ou executar diversas tarefas diárias (55,07%); mudanças no vestuário, como uso de tênis ou calçado com sola antiderrapante, e adaptação do ambiente doméstico, como retirada de tapetes soltos da área de circulação, colocação de barras nas paredes junto ao vaso sanitário e boxe para auxílio e

proteção (14,49%); adoção do uso de corrimão ao subir ou descer escadas (11,59%); uso do andador (11,59%). Dos demais participantes, 8,7% deram respostas diversas, como passar a si notar mais quando ficavam ansiosos, ficar mais quieto, caminhar mais devagar, evitar pegar ônibus, contar com a proteção divina, ter mais paciência e resignação. Um participante passou a praticar uma atividade física regular e outro não soube responder.

Quanto aos cuidados preventivos seguidos pelos familiares, 56,25% dos entrevistados disseram que a família não estava envolvida nestes cuidados, 25% disseram que há um envolvimento familiar e 18,75% responderam que algumas vezes há envolvimento e outras não.

Pelo perfil do grupo de idosos entrevistados, que em sua maioria mantem um bom grau de autonomia e independência, é compreensível que mais da metade tenha declarado não receber cuidados familiares. Dentre os que necessitam e recebem cuidados observou-se que a maior parte destes coube às mulheres, confirmando o que é amplamente descrito na literatura gerontológica e já abordado anteriormente.

5 – Aspectos psicológicos e emocionais

Quando perguntados sobre como perceberam a queda (questão nº7 do Roteiro de Entrevista), os relatos apontaram para alguns possíveis motivos causadores da queda, principalmente os classificados como fatores intrínsecos. Os de ordem física foram citados por 66,67% dos entrevistados que os associaram a fatores osteoarticulares, ao desequilíbrio e ao mal súbito. Dentre os aspectos mentais, a falta de atenção foi a mais indicada (33,33%).

Já os motivos relacionados aos fatores ambientais ou extrínsecos indicados foram o desnível de calçada (34,37%) e a falta de uso do corrimão e andador, citada por dois participantes (6,24%). O restante (59,39%) não fez referência a fatores externos.

Aplicando-se o teste Qui-Quadrado, o resultado foi de 1,78, indicando que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as frequências analisadas o que sugere que tanto a percepção dos fatores externos como causadores das quedas como a não observância destes são próximas.

Parece evidente que as quedas tenham ocorrido mais por causas internas, se consideramos apenas os percentuais, mas analisando as duas categorias de respostas, verifica-se que há uma tendência dos idosos de atribuir as causas das quedas, principalmente aos fatores relacionados ao próprio indivíduo e menos a fatores ambientais. Já foi referido

anteriormente que, mais da metade dos idosos entrevistados não fez qualquer referência a esses fatores, o que alerta para um aspecto a ser considerado.

Conforme mencionado no capítulo 3 deste estudo, os fatores ambientais de risco para quedas representam um percentual importante, quando comparados aos fatores intrínsecos e outras causas. No estudo de Fabrício et al. (2004), estes fatores aparecem como responsáveis por 54% das quedas ocorridas no grupo pesquisado. Apesar de não ter sido encontrada uma relação significativa entre o ambiente e as quedas, deve-se ressaltar que pode ter ocorrido aqui, também, uma baixa percepção dos idosos deste fato, pelo desconhecimento dos riscos que o ambiente pode trazer, ou ainda, por valores sócio-culturais introjetados que atribuem ao idoso a responsabilidade e a culpa por caírem. Afinal, como já investigado na Psicologia e apontado por autores como Murray, (1973, p. 29), *“complexos motivos sociais, como a realização pessoal e os valores culturais, podem também influir na percepção”*. Assim, os idosos, que caem, podem estar subestimando o papel do ambiente na atribuição de causas das quedas e superestimando a sua própria responsabilidade pelo evento.

Sobre o que pensaram no momento em que caíram, 31,43% responderam que pensaram na possibilidade de ter sofrido alguma fratura; 20% deram respostas variadas, como temer não conseguir levantar ou chegar ao lugar para onde estavam indo, ou não ter ninguém para ajudar; 11,43% pensaram na queda em si; 5,71% pensaram em Deus. O restante não se lembrou do que pensou (11,43%) ou não pensou em nada (20%).

Sobre o que sentiram quando caíram, 49,09% dos entrevistados relataram sensações físicas, como dor e desconforto; 47,27% fizeram menção a diversos sentimentos, como ficar chateados consigo mesmos, sentirem-se indefesos, aceitarem as suas limitações; e sentimentos religiosos. Um participante relatou ter sentido raiva e medo; seis pessoas relataram não ter sentido nada.

TABELA 11 – Distribuição das respostas relativas aos medos que os participantes relataram independentemente do sexo, local de contato e local da queda:

Respostas	%
Medo de cair novamente	65,63
Não têm medo	31,25
Às vezes tem, às vezes não tem	3,12
Total	100,00

Com relação ao medo de cair, 65,63% disseram ter medo de cair novamente, 31,25% responderam não ter medo e um entrevistado respondeu que, às vezes, tem medo e, às vezes, não tem.

O resultado do teste Qui-Quadrado igual a 5,01 indicou que houve diferença significativa entre as frequências analisadas, sendo que os valores mais elevados foram para a resposta “medo de cair novamente”.

Sobre os motivos que os faziam sentir medo, 78,13% tinham medo de sofrer alguma fratura e ficarem limitados, gerando uma dependência de terceiros; 9,39% disseram ter medo de se machucarem e não poder levantar; um participante afirmou temer andar de ônibus, pois, segundo ele, os motoristas são muito descuidados com os idosos; um participante teme machucar-se e ficar impossibilitado de tomar conta do filho doente (seqüelado de AVC) e dois (6,24%) não souberam responder.

Já no grupo de idosos que responderam não ter medo, 40% deram respostas genéricas como tomar cuidado, ter precaução, não ligar. Os outros 60% não souberam responder.

Analizando e comparando as respostas desses dois grupos, nota-se que aqueles idosos que dizem não ter medo, também não conseguem distinguir os motivos que os fazem destemidos. Este fato traz um outro alerta: é possível que esta parcela de respondentes que não tem medo esteja mais exposta ao risco de cair novamente em comparação com a outra que consegue identificar e definir os motivos que os levam a ter medo. De acordo com Murray (1973), o medo e outros motivos negativos podem acarretar uma interpretação defeituosa ou distorcida da percepção. Algumas pessoas chegam a usar uma “defesa perceptual” diante de estímulos emocionalmente perturbadores, especialmente aquelas que tendem a evitar atos ou coisas desagradáveis. Pode-se questionar se neste estudo os idosos negaram, não pensaram ou não perceberam o seu medo de cair devido à ansiedade ou embaraço provocado por esse sentimento.

6 - Os pensares

A referência à afirmação popular de que “a pessoa idosa cai porque ficou velha”; obteve como resposta de 71,88% dos entrevistados que discordavam de tal afirmação, outros 15,62% concordaram e 12,5% não opinaram.

Nos relatos livres sobre o tema queda na velhice, vários pensares surgiram e foram agrupados como se segue:

- a) Relação velhice – queda: 31,48% disseram que a velhice não determina a ocorrência das quedas, que não é um empecilho” nem deve ser um impedimento para as saídas de casa e que a queda pode ocorrer devido a vários fatores, podendo ser até um sinal de doença.

- b) Relação idoso queda: 31,38% falaram que a fraqueza das pernas, o excesso de preocupações, a falta de atividade, a falta de atenção podem contribuir para que o idoso caia.
- c) Relação idoso – outras pessoas (familiares, cuidadores e profissionais da saúde) e poder público: 37,04% disseram que é necessário que as pessoas prestem mais atenção às queixas e aos direitos dos idosos; que sejam feitas mudanças no meio ambiente (doméstico e público), como mais adaptações no ambiente doméstico e conserto de calçadas e ruas e retirada de obstáculos das vias públicas. Foi destacada a necessidade de campanhas informativas e educativas sobre as quedas e seus perigos, e um maior cuidado e atenção dos funcionários dos serviços públicos de saúde em relação à saúde do idoso.

Há uma equivalência na distribuição dos percentuais de respostas entre as três categorias. É interessante observar que, ao serem questionados sobre os motivos, pensamentos e sentimentos em relação à queda, os participantes tendiam a atribuir a si mesmos a responsabilidade pela ocorrência do evento, refletindo uma tendência comum de se culpar o velho e o envelhecimento por tudo o que ocorre de ruim ou errado com eles. No entanto, ao falarem livremente sobre a queda na velhice, apontam as limitações pessoais e as inerentes ao processo, bem como os fatores sócio-ambientais como responsáveis pela sua eventual ocorrência. Enfatizam, inclusive, a necessidade de campanhas educativas sobre quedas e de adaptações do meio, de preparo e apoio das pessoas (profissionais e familiares) para auxiliarem o idoso a lidar com o evento, destacando que velhice e queda não necessariamente andam juntas.

Tendo por base o paradigma “life span” de desenvolvimento, proposto por Baltes (1987, apud FREIRE, 2005), a queda pode ser classificada como um evento não-normativo de caráter biológico e/ou ambiental, que pode ter, também, consequências positivas para o idoso na medida em que, após sua ocorrência, ele tem que fazer adaptações para evitá-la ou para ajustar-se às suas consequências. Sabe-se que, embora as pessoas de uma mesma coorte reajam de forma semelhante aos eventos ocorridos por compartilharem mudanças biológicas, psicológicas e sociais (eventos normativos), os eventos não-normativos (aqueles que não ocorrem na mesma época e sequência para a maioria das pessoas, e que não têm curso ou época de ocorrências previsíveis) acabam estimulando os mecanismos de adaptação necessários para o bom ajustamento após a queda.

Sabe-se que a queda é um evento de alta incidência e prevalência para os idosos, o que gera neles um estado de tensão. Por sua vez, a ocorrência de forças tensionais constantes, promotoras de mecanismos adaptativos, é necessária para que ocorra o desenvolvimento.

Seguindo essas idéias, é possível que a queda não seja só mais um evento negativo ou que traga apenas conseqüências desastrosas na vida do idoso, pois pode implicar em um momento de mudança e ajustamento importante, tanto para o idoso quanto para sua família.

Como está colocado em um provérbio chinês: “Toda crise é perigo e oportunidade”.

Além disso, o próprio evento queda bem como as possíveis perdas decorrentes dele podem ativar os mecanismos de seleção e otimização com compensação (SOC), propostos por Baltes e Baltes (1991, apud FREIRE, 2005) como componentes de um modelo de envelhecimento bem-sucedido. Esses mecanismos são empregados pela pessoa ao longo da vida, e não só na velhice, mas nesta fase eles são muito importantes devido à redução das capacidades de reserva e à maior vulnerabilidade que estão presentes no envelhecimento natural. Uma queda que resulte em restrições à plasticidade e ao potencial adaptativo, como a necessidade, permanente ou temporária, do uso da cadeira de rodas, faz com que a pessoa busque estratégias e mecanismos para contrabalançar as perdas ou reduções de funcionamento ocorridas (COMPENSAÇÃO), aumentando o investimento em domínios em que tenha preservada uma boa funcionalidade (SELEÇÃO), possibilitando satisfação e controle pessoal. Ocorre, também, o investimento em recursos internos e externos visando aumentar as reservas pessoais e maximizar as escolhas feitas em domínios selecionados (OTIMIZAÇÃO).

Análise Qualitativa

A análise qualitativa possibilitou uma maior proximidade das idéias, crenças e concepções dos entrevistados acerca da queda. A análise das respostas foi fundamentada em modelos teóricos da psicologia do desenvolvimento e envelhecimento humano.

1 As entrevistas

No preenchimento da Ficha de Dados Pessoais (Anexo A), apesar da objetividade de alguns parêntesis a serem preenchidos com um “xis”; começava aí o “xis” das histórias.

Para muitos participantes bastavam simples perguntas, como as da Ficha de dados pessoais, para evocar memórias, histórias, sentimentos, emoções e inúmeras explicações.

Curiosamente, o estado civil “solteiro” foi o quesito que mais desencadeou explicações. As responsabilidades em assumir a família precocemente (dito, “arrimo de família”), geralmente pela ausência do pai, foi apontada, pelos idosos e idosas, como causa da

“solteirice”. A consequência imediata apontada por eles mesmos foi a ausência de filhos e a baixa escolaridade. De modo geral havia o sentimento do dever cumprido. O desconforto com a ausência de filhos foi manifestado por dois idosos residentes em instituição de longa permanência.

Nas respostas dadas ao Roteiro de Entrevista (Anexo B), alguns pontos foram destacados.

Ilustrando o que foi dito sobre capacidade adaptativa, segue abaixo a transcrição do um relato feito por uma participante deste estudo:

Para a maioria do grupo de participantes, as consequências trazidas pela queda favoreceu uma reação de “resiliência”, termo usado em psicologia referindo-se à capacidade do indivíduo adaptar-se de maneira positiva diante de situações adversas, mantendo seu desenvolvimento normal e recuperando-se dos efeitos estressores, conforme refere Lopes (2003) em seu estudo sobre resiliência. Em psicogerontologia, a associação dos construtos life-span e resiliência, (Staundinger, Marsiske e Baltes, 1995), colocam este último como um tipo de plasticidade desenvolvida para evitar doenças e permitir o desenvolvimento normal, ainda que frente a fatores de riscos e/ou estressores.

Ilustrando o que foi dito sobre capacidade adaptativa, segue abaixo a transcrição do um relato feito por uma participante deste estudo:

“Penso que, a pessoa idosa pode cair por descuido ou por incapacidades, o fato de ser velho não quer dizer que ele vá viver caindo. O idoso não pode desanimar, tem que ter força de vontade, não se entregar, não se deixar ser vencido, tendo cuidado com o modo de viver, paciência e resignação, principalmente se tiver doença que não tem cura.

Tem três maneiras de envelhecer: física, mental e espiritual. A física, são as transformações naturais da idade. A mental, pelas preocupações excessivas. A espiritual é quando a pessoa não se importa consigo mesma, não tem vaidade, não tem esperança de coisa alguma e se entrega inteiramente à doença, tornando a situação difícil em todos os sentidos. Procurar vencer e ser otimista que o dia de amanhã será melhor que o de hoje é a atitude que indico para todas as pessoas que estão envelhecendo.” (Sra., 64 anos, solteira, estudou até o 2º ginásial, residente de ILP. por escolha própria, por se sentir mais segura e amparada neste local).

As medidas preventivas do tipo “mental”, descritas como adotadas pelo grupo, referiram-se especialmente ao aumento do nível de atenção e cuidado ao executar tarefas diárias, predominando sobre as ações preventivas de ordem física (alterações do ambiente, vestuário e outras), aspecto compatível com a baixa percepção dos fatores de risco extrínsecos, já comentada anteriormente.

Segundo Hamilton (2002), a atenção é a capacidade de concentrar-se e/ou lembrar itens, apesar de estímulos distrativos, que podem ser de ordem interna (pensamentos e memórias) ou de ordem externa (sensações). No processo de envelhecimento devido às alterações naturais ou patológicas no funcionamento do organismo, comumente ocorre uma diminuição da atenção dividida, que é a capacidade de prestar atenção simultaneamente em mais de uma fonte de informação e processá-las de forma eficaz. As alterações que ocorrem no sistema nervoso central, na memória operacional e nos órgãos sensoriais são responsáveis por essas mudanças na atenção.

A atenção tem influência em outro fator importante do funcionamento cognitivo a percepção; capacidade de conhecer ou reconhecer um estímulo externo por meio da atenção. Trata-se da capacidade de se dar significação cerebral às sensações, geradas pelos estímulos ambientais nos órgãos de sentido, que é influenciada por reações emocionais, como o medo, conforme citado anteriormente (PISANI et al. 1987). Considerando que esses órgãos sofrem mudanças com o envelhecimento e os idosos podem sofrer alterações nas suas capacidades perceptiva auditiva, visual e tátil, importantes para o deslocamento do indivíduo no ambiente, e que os idosos costumam ter consciência dessas mudanças que estão acontecendo com eles, justifica-se uma importante causa da queda e ao aumento de cuidado após a queda como uma medida preventiva adotada.

Como apontaram os entrevistados:

“Os idosos caem por falta de atenção e também porque as calçadas são muito esburacadas”. (Sra., 64 a., residente da comunidade)

“Acho que é falta de atenção ou preocupação excessiva com outras coisas, que fazem os idosos caírem”. (Sra., 65 a. residente da comunidade)

“Tem que tomar cuidado e prestar atenção, tem também que apegar em Deus, porque acho que o idoso cai mesmo”. (Sro., 88 a., residente de ILP.)

“Acho que um pouco a idade contribui para que se possa cair, deve-se então segurar e prestar atenção por onde anda”. (Sro.. 82 a., residente de ILP.)

“Presto atenção, tomo cuidado e não largo do andador quando estou em pé”. (Sra., 81 a., residente de ILP.)

“Não sei o que falar, acho só que os idosos devem prestar mais atenção por onde andam”. (Sra., 82 a., residente da comunidade)

Pelo verificado, pode-se inferir a importância de gerar informações que possam esclarecer ao idoso sobre sua interação com o ambiente e o quanto pode ou não estar se adaptando à situação em que se encontra, favorecendo-lhe uma compreensão de seus limites e potencialidades. Estas informações podem estar fundamentadas na própria experiência do idoso, ligando o passado ao presente por meio de suas memória e sensações, propiciando-lhe no presente um melhor domínio de suas ações com conseqüentes reflexos nas ações futuras. Talvez essa possa ser uma medida preventiva para minimizar o risco de queda.

Os aspectos psicológicos e emocionais mais apontados pelo grupo referem-se ao medo (de cair, de sair sozinho, de executar algumas tarefas), a atenção e o cuidado.

Algumas considerações já foram tecidas neste estudo sobre o medo, mais especificamente sobre o medo de cair.

Estudos sobre o medo da queda e o medo de cair novamente têm sido amplamente realizados em muitos países com idosos caidores e não caidores, pois estes últimos desenvolvem medo pela experiência adquirida com outros idosos que tenham passado pelo episódio da queda.

Em um estudo recente, Fabrício et al., (2004) verificaram que a segunda conseqüência da queda mais referida pelos idosos foi o medo de cair novamente ou “síndrome do pós-queda”. Constataram que a queda pode ser precursora do desenvolvimento de outros medos, favorecendo a ocorrência de mudanças nos níveis emocional e social como perda da autonomia e independência, restrição da participação em atividades sociais, bem como sentimentos de fragilidade e insegurança.

Yardley (2004) define “medo de queda” como uma ansiedade específica, direcionada para um fator provocante em particular, ou seja, o ato de cair; diferentemente da ansiedade, como termo genérico empregado na literatura psicológica e psiquiátrica. Segundo a autora, a ansiedade pode ser dividida em três partes distintas, a saber: uma comportamental, a outra parte é o estado psicofisiológico desperto e a terceira e última parte, diz respeito ao aspecto cognitivo. Ressalta que, cada um destes componentes da ansiedade podem potencialmente afetar diretamente a vulnerabilidade à queda, porque há evidências de que o medo da queda e a elevada ansiedade desperta, estejam associados com alterações no controle da postura.

Porém, há necessidade de que sejam feitas mais pesquisas para poder certificar a contribuição precisa de cada componente no evento.

Para complementar, podemos dizer que o medo é uma emoção básica, inata a todos nós. Tem a função de proteção, é o que nos prepara, nos deixa em estado de alerta. A falta de clareza em relação a esta emoção pode transformá-la em uma entidade patológica e limitante. Lachman et al. (1998), realizaram uma pesquisa sobre atividades e medo de cair em idosos, desenvolveram o teste SAFE (Survey of Activities and Fear of falling in Elderly), que auxilia na diferenciação dos idosos que têm medo de cair e, portanto reduzem as atividades daqueles que, mesmo com medo, continuam atuando; a importância é que assim se poderá identificar aqueles que precisam de auxílio.

Desta forma, a identificação dos fatores que possam estar gerando o medo, o esclarecimento sobre eles e mais a adoção de ações concretas para modificá-los podem ser adotadas como medidas preventivas para diminuir o risco de quedas.

O outro aspecto psicológico apontado; a atenção, foi abordada no item anterior e último aspecto citado pelos idosos entrevistados, refere-se ao cuidado. Podemos inferir que este, enquanto fonte analítica de eventos, está ligado à cognição, à medida que forem detectados possíveis perigos ou riscos, pode transformar-se em ação cautelar.

E enquanto valor, virtude, o cuidar, contém as diversas manifestações ou expressões do cuidado, ao que Boff, sabiamente se refere:

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: Uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Uma antiga fábula diz que a essência do Ser Humano reside no cuidado. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade” (BOFF, 1999).

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas, suas conseqüências e a forma com que os idosos lidaram com este evento nos seus diferentes aspectos, foram o fio condutor para se chegar ao objetivo principal deste estudo: levantar os aspectos psicológicos e emocionais relacionados à queda. Embora tenha-se trabalhado com idosos caidores, sabe-se que os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população idosa em geral por se tratar de uma amostra de conveniência, com um número pequeno de participantes, residentes numa região específica (uma cidade do interior de Minas Gerais), não sendo, portanto, representativa dessa população e nem mesmo dos idosos residentes na cidade. Isso não invalida o estudo cujos resultados são congruentes com outras pesquisas brasileiras e internacionais.

Com base nesses estudos e nos resultados da presente pesquisa, é possível apontar alguns indicativos e diretrizes úteis tanto para a elaboração de proposta de medidas preventivas para evitar e/ou minimizar o risco de quedas, quanto para o planejamento de novas investigações sobre o tema.

Alguns desses indicativos podem ser úteis para os cuidadores de idosos e para os familiares, e até para os profissionais da saúde e os próprios idosos, como:

- Prestar mais atenção às queixas dos idosos, especialmente àquelas relacionadas a vertigem, desequilíbrio e alteração da marcha.
- Observar atentamente as condições ambientais do domicílio, que é onde ocorre a maioria dos acidentes, orientando e/ou providenciando as alterações possíveis ambientais como medida preventiva.
- Orientar sobre o uso adequado de vestuário (como, por exemplo, evitar roupas muito compridas e largas, nas quais o idoso poderia tropeçar) e calçados, dando preferência aos de solado anti-derrapante.
- Estar atentos aos medos relatados pelos idosos, mesmo daqueles que não caíram, auxiliando-os a criar estratégias de enfrentamento do medo e forma de se prevenir das quedas podendo assim evitar o isolamento social e a síndrome da imobilidade.

Os profissionais da área de saúde devem dar atenção especial para determinadas situações e ocorrências que podem ser detectadas no momento da consulta ou atendimento, como:

- Verificar, na anamnese, se há história pregressa de quedas, mesmo que tenham ocorrido no ano anterior.

- Estar atentos ao tempo de permanência no solo após a queda, principalmente dos idosos que moram sozinhos.
- Ao prescrever medicamentos, informar sobre o seu uso correto do medicamento, suas interações com outros e se seu uso pode favorecer a ocorrência de quedas.
- Gerar informações e produzir campanhas educativas sobre o evento queda.

Já os profissionais de Fisioterapia podem estabelecer programas de cinésioterapia e/ou hidroterapia que possibilitem melhorar a força muscular, o equilíbrio, a coordenação e a agilidade das respostas corporais bem como a marcha e a postura. Esses programas podem ter um caráter de reabilitação, ou mesmo ser de natureza preventiva, dentro da perspectiva da fisioterapia gerontológica, visando preservar às condições físicas do idoso e retardar as alterações naturais do processo de envelhecimento, favorecendo a autonomia, a independência e um bom grau de capacidade funcional.

Ainda, como medida preventiva, pode-se prescrever e orientar o uso das órteses, quando necessárias, enfatizando a sua importância para a segurança do idoso na deambulação, contribuindo também com sua independência.

O idoso, seus familiares e cuidadores, podem:

- Buscar informações junto aos profissionais da área de saúde sobre os efeitos dos medicamentos, preferentemente com aqueles que os prescreveram.
- Estar atentos para as respostas orgânicas especialmente quando fizer uso de medicamentos como benzodíepínicos, antidepressivos, anti-hipertensivos e relaxantes musculares.
- Participar de grupos de apoio e de campanhas educativas sobre o tema queda.

E, para todos aqueles que pretendem fazer pesquisas e desenvolver trabalhos com idosos um fator importante diz respeito ao tempo, o do entrevistador e o do entrevistado. É necessário ao pesquisador, ter auto-controle, controlar sua ansiedade, ter paciência e, por vezes, deixar de lado o seu planejamento (feito dentro de seu tempo) para olhar e ouvir o idoso, sua história de vida, suas crenças e desejos, seus projetos e sentimentos, respeitando o tempo dele, marcado na e pela vida e não no cronômetro ou no relógio da parede de um consultório. Na maioria das vezes é preciso que o pesquisador esteja atento àquilo que está dito e àquilo que está oculto pelo idoso. Segundo Minayo (1996), em seu trabalho sobre pesquisa qualitativa em saúde; o envolvimento entre entrevistador e entrevistado não significa um empecilho à objetividade, mas uma condição indispensável na construção da pesquisa,

pois é exatamente aí, no estabelecer desta inter-relação que as experiências, o existencial e o afetivo conseguem emergir pela confiança criada.

Para concluir, ficam aqui registradas algumas falas, mensagens e solicitações deixadas pelos idosos entrevistados que podem nortear outros estudos:

- *“Penso que as quedas podem ser prevenidas, cuidando-se mais da saúde e procurando verificar o motivo que está levando os idosos a caírem, para ajudar a saber e não cair ou evitar de continuar caindo”*.(Sra., 70 a., residente domiciliar)

- *“Deveria haver mais informação sobre o assunto, porque percebo que isto é muito importante e perigoso na vida dos idosos e que não deve acontecer”*.(Sra., 70 a., residente domiciliar)

- *“Acho que as quedas pode ser sinal de alguma doença”*.(Sro, 71 a., residente domiciliar)

- *“Deve se investigar por que tantos idosos caem, mas não é porque ficou idoso que cai”*. (Sra., 64 a., residente domiciliar)

- *“Cada um deve procurar entender os motivos que estão o fazendo cair e adotar cuidados para que possa prevenir novas quedas, para não perder a independência*. (Sro., 86 a., residente domiciliar)

- *“Penso que a questão das quedas e o envelhecer devem ser enfrentadas de maneiras diferentes, em função da forma com que cada pessoa lida com o envelhecimento”*. (Sra., 65 a., residente domiciliar)

- *“O idoso precisa tomar cuidado com a saúde de um modo geral, no sentido de conhecer as transformações que ocorrem com o envelhecimento, para evitar não só cair, mas também algumas doenças que possam acontecer. Acho também que é importante não ficar parado, porque quanto mais parado mais doente fica”*. (Sra., 71 a., residente domiciliar)

- *“Os passeios públicos, deviam ser consertados, as caçambas deveriam ser retiradas, devia se dar mais atenção às queixas dos idosos, os motoristas de ônibus deviam ter mais cuidado e atenção com os idosos e que deveria ser feita uma campanha educativa neste sentido”.* (Sra., 61a., residente domiciliar)

“Cair é comum, não precisa ser idoso. Se a experiência puxasse pelo tom, precisaria, então haver mais cuidados das pessoas em relação ao idoso que cai”.(Sro., 76 a., residente de ILP)

“Não acho que a pessoa que envelhece tem de cair, elas caem por distração ou por abuso”. (Sra., 98 a., residente de ILP)

V REFERÊNCIAS

- AMENO, M.F.A. Envelhecer com dignidade. **Jornal do CROMG**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. Ano XIX, n. 103, p. 12, Mai./Jun., 1999.
- AZEVEDO, J. R. D. **Ficar jovem leva tempo: um guia para viver melhor**. São Paulo: Saraiva, 1998.
- BECKER, A.B.F.; SANTOS, F.S.; PEREIRA, K.C.R. A visão sistêmica da Odontogeriatricia. **JAO**, ano V, n. 33, p. 42-43, set./out., 2002.
- BLAZER, D. **Problemas emocionais da terceira idade**. São Paulo: Organização Andrei, 1998.
- BOFF, L. **Ética do humano e compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Boletim da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia** – Seção São Paulo, s/d.
- BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 3 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: 2003.
- BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. **Gerontologia**, v. 5, n. 1, p. 41-44, 1997.
- BRITO, F.C.; COSTA, S.M.N. Quedas. In: PAPALEO NETO, M.; BRITTO, F.C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001., p. 323-335.
- CAMARANO, A. A. (org.); Kanso, S.; Mello, J.L. **Os novos idosos brasileiros muito além dos anos 60?** IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/ RJ, 2004. p.25-73.
- CAMPBELL, A. J.; BORRIE, M. J.; SPEARS, G. F.; JACKSON, S.L.; BRAUN, T.S.; FITZGERALD, J.L. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. **Age Ageing**, v.19, p.136-141, 1990.
- CARVALHO, A. M. ; COUTINHO, E. S. F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rio de Janeiro: **Rev. Saúde Pública**, n. 36, v. 4, p. 448-454, 2002.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1984.
- CUNHA U. G. V.; GUIMARÃES, R. M. *Sinais e sintomas do aparelho locomotor*. In: GUIMARÃES, R. M. **Sinais e sintomas de Geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989, p. 141-154.
- FRARE, S.M. *et al.* Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev. da APCD**, v. 51, n. 06, p. 573-576, Nov./Dez., 1997.

- FABRÍCIO, S. C.C., RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.1, p.93-99; 2004.
- FREIRE, S. A. Metas pessoais e qualidade de vida. In: NERI, A.L. (org). **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005. p. 142 – 153.
- FREITAS, E. V. et al. (orgs) **Tratado de Geriatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GANONG, W. F. **Fisiologia médica**. São Paulo: Atheneu, 1977.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiq.** v. 24, supl. I, p. 3-6; 2002.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M. ; KOIZUMI, M. S.. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v. 50, n. 1, p. 27-31; 2004.
- GEIS, P. P. **Atividade física e saúde na terceira idade**. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.
- GORDILHO, A. Transtornos mentais e comportamentais. In: FREITAS, E. V. et al (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.
- HAMILTON, I. S. **A Psicologia do Envelhecimento**: uma introdução. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/brasilemsintese>>, Acesso em: 20/05/2003.
- ISHIZUKA, M. A. ; JACOB-FILHO, W.. Fatores de risco para quedas em idosos. In: DIOGO, Maria José D.; NERI, Anita L.(org.). CACHIONI, M. (col). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004.
- KIWG. On the Prevention of Falls by the Elderly. The Prevention of falls in later life. **Danish Med. Bull.**, 1987, v. 34 (Suppl 4), p.11-24.
- LACH, H. W. Fear of falling: an emerging public health problem. **Generations**. St. Louis, MO: Winter, 2002. p. 33-37.
- LACHMAN, M.E. et al. “Fear of Falling and Activity Restriction: The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE)”. **J. Gerontol.**, 1998, v.53B, p.43 – 50.
- LAWTON, M. P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J.E.; LUBBEN, J.E.; ROWE, J.C.; DEUTCHMAN, D.E.(ed). **The concept and measure of quality of life in the frail elderly**. San Diego, Cal. Academic Press. 1991, p. 3-25.
- LEVEILLE et al. Musculoskeletal pain and risk for falls in order disabled women living in the community. **J. Am. Geriatr. Soci.**, 2002, v. 50, p.671-678.

LOPES, A. Dependência, Contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In VON, O. R. M. SIMSON; NÉRI, A. L.; CACIONI, M. (org). **Múltiplas Faces da Velhice no Brasil.** / Campinas: Alínea, 2003, p. 127-140.

LOPES, E.S.L. Resiliência. In: NERI, A.L. (org). **Palavras-chave em Gerontologia.** Campinas: Alínea, 2005. p. 178 -181.

LORDA, C. R. **Recreação na terceira idade.** Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

MARTINS, V. M. C. **Quedas em pacientes geriátricos.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

MATSUDO, S. M. e MATSUDO, V.K.R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Rev. Bras. Ciência e Movimento**, v. 5, n. 04, p.19-30, 1992.

MEIRELLES, M. E. A. **Atividade física na terceira idade.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MOURA, R. N.; SANTOS, F. C.; DRIEMEIER, M.; SANTOS, L.M.; RAMOS, L.R. quedas em idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia.** 1999, v.7, n.2, p.15-21.

MURRAY, E. J. **Motivação e Emoção.** Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

NERI, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas: Papirus, 2001.

NERI, A.L. (org). **Palavras-chave em Gerontologia.** Campinas, SP: Alínea, 2005.

NICOLA, P. **Geriatria.** Porto Alegre: D. C. Luzzato, 1986.

PAIXÃO JUNIOR, C. M. ; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. et al.(org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.624-634.

PASCHOAL, S. Como reduzir quedas no idoso. In: JACOB FILHO, W. **Promoção da saúde do idoso.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

PEREIRA, S. R. M. O idoso que cai. In: **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do envelhecer.** Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 217-21.

PEREIRA, S. R. M. et al.. Quedas em idosos. **Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. Diretrizes da AMB E CFM**, jun. 2001. p. 6. Disponível em: http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/100_diretrizes/QUEDASEM.PDF.

PERRACINI, M.; Planejamento Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In: FREITAS, E.V. et al. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2002. p.798-799.

PERRACINI, M.; NERI, A. L. Tarefas de Cuidar: com a palavra mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org) **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas: Alínea editora, 2002, p. 135-163.

PISANI, E. M.; BISI, G. P.; RIZZON, L. A.; NICOLLETO, U. **EDUCS**, 6.ed. Caxias do Sul: Vozes. 1987.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, mai. 2006. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/Regimento_Conferencia.doc>. Acesso em: 10 jun. 2006.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso-São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mai-jun 2003, v.19, n.3, p. 793-798.

ROBBINS, S. L. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1975.

ROCHA, F. L. ; CUNHA, U. G. V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da quedas do idoso. In: CANÇADO, F. A. X. (org.). **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: Health, 1994.

ROSA, A.G.F; CASTELLANOS, R.A.; GOMES-PINTO, V. Saúde Bucal na Terceira Idade. **RGO**, v. 41, n. 02, p. 97-102, Mar./Abr., 1993.

SÉ, E. V. G.; QUEROZ, N. C.; YASSUDA, M. S. O envelhecimento do cérebro e a memória. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004. p. 141-162.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Papyrus, 2001. p. 73-79.

STORCH, B.; BELLAGAMBA, H.P. A terceira idade na Odontologia. **RGO**, v. 30, n. 4, p. 311-315, Out./Dez., 1982.

TIDEIKSAAR, R. **As quedas na velhice: Prevenção e cuidados**. 2 ed. São Paulo: Andrei, 2003.

TINETTI, M.E.; SPEECHLEY, M.; GINTER, S.F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. **New Engl. J. Med.** 1988, v.329, p. 1701-1797.

UCHÔA, E.; COSTA LIMA, M.F.; Contribuição da Antropologia para a abordagem da saúde do idoso. **Gerontologia**, v. 7, n. 2, p. 32-36, 1999.

VERAS. R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e família, 2 ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

WHO (World Health Organization). **Active ageing a policy frame work 2002**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: set de 2005.

WILD, D.; Nayak, U.S.L.; ISAACS, B. Characteristics of old people who fall at home. **J. Clinic Exp.**, 1980, v.2, p.279-287.

YARDLEY, L. Fear of falling: links between imbalance and anxiety. United Kingdom: Cambridge University Press, **Reviews Clin.Gerontol.**, n. 13, p. 195-201, 2004.

ZIMMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

VI ANEXOS

ANEXO A**DADOS PESSOAIS**

Nome: _____

Data de Nascimento: / / Idade: _____ anos Telefone: _____

Endereço: _____

Sexo: Masculino () Feminino () Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Aposentado: Sim () Não ()

Nº de pessoas que residem no domicílio: _____

Grau de parentesco: _____

Alguma dessas pessoas está envolvida com o seu cuidado? Não () Sim ()

Quem: _____

INFORMAÇÕES SOBRE HÁBITOS E SAÚDE

Atividade física: Ativo () Sedentário()

Hábitos: _____

Atividade Social:

Pertence a algum grupo? Sim () Não ()

Se sim, qual tipo de grupo? _____

Costuma sair? Sim () Não ()

Se sim, com que frequência? _____

Possui doença física ou mental? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Faz uso de medicamento? Sim () Não ()

Se sim, para que? _____

Observação: _____

ANEXO B

Roteiro de Entrevista

- 1- No período compreendido entre o início do ano passado (Jan. / 2004), até o momento atual, quantas vezes o (a) senhor (a) caiu?
- 2- Quando foi sua última queda? Vamos conversar sobre ela:
- 3- Em qual período do dia o (a) senhor (a) caiu (manhã, tarde, noite, madrugada)?
- 4- Lembra-se de ter feito uso de algum medicamento antes de cair?
- 5- Onde o (a) senhor (a) estava quando caiu? Se, em casa em qual cômodo?
- 6- O que o (a) senhor (a) estava fazendo quando caiu?
- 7- Como o (a) senhor (a) percebe sua queda, isto é; qual foi o real motivo (o que fazia era uma atividade perigosa, ou a forma como fazia não era a mais adequada, ou ainda o local favoreceu para que caísse, outras razões podem ter contribuído para sua queda)?
- 8- Quanto tempo o (a) senhor (a) ficou caído?
- 9- Alguém o (a) ajudou a se levantar?
- 10- Houve ferimento grave ou não?
- 11- Foi preciso cuidados médicos, ficou hospitalizado?

Agora que já conversamos sobre com que frequência o (a) senhor (a) caiu, quando, como e onde caiu se houve lesões e se necessitou de algum tipo de ajuda.

Vamos falar um pouco sobre as consequências da queda em sua vida, o que e como o (a) senhor (a) pensa, sente e percebe sobre este assunto...

- 12- O que o (a) senhor (a) pensou quando caiu?
- 13- E o que sentiu (desconcerto ou embaraçamento, dor, indefeso, preocupado em estar sendo inconveniente, em como se levantar, em ter ficado machucado, em não conseguir superar sozinho, passar a depender dos outros, outros sentimentos)?
- 14- Este acontecimento trouxe consequências para o (a) senhor (a) e seus familiares? Quais?

15- Como o (a) senhor (a) lidou ou ainda lida com estas conseqüências?

16- O fato do senhor (a) ter caído trouxe conseqüências positivas e/ou negativas na sua vida?

17- O senhor (a) tem medo de cair novamente? Porque?

18- Quais os cuidados que o senhor (a) toma atualmente para prevenir nova queda?

19- A sua família de alguma forma esta envolvida nestes cuidados?

“Fala-se por aí que a pessoa idosa cai porque ficou velha.”

20- O que o senhor (a) pensa? Gostaria de falar algo mais sobre o assunto; queda na velhice, que

sirva não só para o (a) senhor (a) mais também como um recado, uma mensagem,... enfim,

uma contribuição para outros idosos.

ANEXO C1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- 1- Título: A queda e suas conseqüências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais.
- 2- Pesquisadora responsável: Ana Maria Martins Pereira, aluna do Mestrado em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia.
- 3- Objetivo da Pesquisa: Pretende estudar as conseqüências da queda a partir do que pensam e sentem os idosos que caíram pelo menos uma vez no período de 2004 a 2005.
- 4- Forma de obtenção das informações: Será feita uma entrevista com cada participante, com duração média de uma hora e 30 minutos, agendada conforme a disponibilidade da pessoa. Esta entrevista será transcrita para o papel pela pesquisadora e posteriormente digitada em um banco de dados.
- 5- Garantias do participante: A participação da pesquisa é voluntária.

Aqueles que, após serem informados sobre a pesquisa, não quiserem participar, não sofrerão nenhum tipo de represália por parte da pesquisadora ou qualquer prejuízo no atendimento que receberem. Os que quiserem participar assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra anexado a este documento. Caso algum participante desejar obter outras informações durante e após a realização do estudo, poderá perguntar à pesquisadora, mesmo que isso possa levar à desistência e ao desejo de se retirar do estudo.

Estão assegurados a confidencialidade e a privacidade da entrevista.

Os resultados poderão ser divulgados em eventos, livros e revistas científicas, garantindo-se o sigilo e a não identificação dos procedimentos.

- 6- Avaliação do Risco da Pesquisa: Não há riscos para os participantes.
- 7- Compromisso da pesquisadora: A pesquisadora compromete-se em realizar o estudo, prestar os esclarecimentos que forem necessários e divulgar os resultados obtidos.

Além disso, compromete-se em esclarecer, orientar e encaminhar para o atendimento necessário, caso no decorrer da pesquisa verifique o participante está exposto a algum fator de risco que o predisponha para a queda.

Ana Maria Martins Pereira

Tel.: (034) 3313-7750

Comitê de Ética em Pesquisa da UFU

Tel.: (034) 3239-4131

-

ANEXO C2

II – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

(conforme resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996; do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____,
Documento de Identidade Nº _____ declaro ter recebido informações sobre a pesquisa intitulada “A queda e suas conseqüências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais ” , fornecidas pela própria Pesquisadora, Ana Maria Martins Pereira, aluna do Mestrado em Psicologia Aplicada da UFU.

Estou ciente que responderei a uma entrevista com duração média de 1 h e 30’, a ser agendada com a pesquisadora conforme a minha disponibilidade. Sei que a entrevista será, transcrita para o papel e posteriormente digitada e que os resultados obtidos na pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos, livros ou artigos científicos, sem que haja identificação dos participantes.

Concordo em participar da pesquisa, sabendo que está garantida a confidencialidade e a privacidade da entrevista, além do sigilo em relação às informações obtidas.

Posso retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa, sem que isso traga qualquer prejuízo, ônus ou represália por parte da pesquisadora ou dos responsáveis pelo local onde recebo atendimento.

Declaro ter entendido as informações dadas pela pesquisadora e estar suficientemente esclarecida.

Uberaba, de de 2005.

Assinatura do participante

Pesquisadora

ANEXO D



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 295/04

Registro CEP: 230/04

Projeto Pesquisa: *“Queda e suas conseqüências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais”*.

Pesquisador Responsável: Ana Maria Martins Pereira

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 03 de dezembro de 2004.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.