ISSN 2317-5079

PESQUISA

Percepção de idosos sobre o risco de queda
Perception of the elderly about the risk of falls
Percepción de ancianos sobre el riesgo de caída

Samuel Ricardo Batista Moura[1], João Pedro Pinheiro do Nascimento Vieira[2], Ana Maria Ribeiro dos Santos[3], Gerardo Vasconcelos Mesquita[4], João Luiz Vieira Ribeiro [5]

RESUMO

Objetivou-se descrever a percepção de idosos sobre o risco de queda e analisar como essa percepção pode influenciar na prevenção de acidentes. Estudo qualitativo, realizado na Estratégia Saúde da Família de Teresina, com 64 idosos. Os dados foram processados no IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em 6 classes: 3 - Perigo e risco de queda para o idoso; 1 - Risco de queda no ambiente externo; 2 - Risco de queda no ambiente domiciliar; 6 - Exposição do idosos a situações vulneráveis; 4 - Capacidade do idoso para desenvolver as atividades da vida diária e 5 - Medo de queda e dos fatores associados. Os idosos percebem o risco de queda como um perigo pela sua exposição às pedras soltas nas ruas e banheiros lisos nas residências e, demonstram medo de desenvolver atividades como uma forma de prevenir acidentes.

Descritores: Idoso. Acidentes por quedas. Percepção.

ABSTRACT

The objective was to describe the perception of the elderly about the risk of falls and to analyze how this perception can influence the prevention of accidents. Qualitative study, carried out in the Health Strategy of the Family of Teresina, with 64 elderly. Data were processed in IRAMUTEQ and analyzed by the Descending Hierarchical Classification. This resulted in 6 classes: 3 - Danger and risk of falls for the elderly; 1 - Risk of falling in the external environment; 2 - Risk of falling in the home environment; 6 - Exposure of the elderly to vulnerable situations; 4 - Ability of the elderly to develop activities of daily living and 5 - Fear of falling and associated factors. The elderly perceive the risk of falling as a danger by their exposure to loose stones in the streets and slippery bathrooms in homes and show fear of developing activities as a way to prevent accidents.

Descriptors: Elderly. Accidents by Falls. Perception.

RESUMEN

Se objetivó describir la percepción de ancianos sobre el riesgo de caída y analizar cómo esa percepción puede influenciar en la prevención de accidentes. Estudio cualitativo, realizado en la Estrategia Salud de la Familia de Teresina, con 64 ancianos. Los datos fueron procesados en IRAMUTEQ y analizados por la Clasificación jerárquica descendente. Los resultados fueron presentados en 6 clases: 3 - Peligro y riesgo de caída para el anciano; 1 - Riesgo de caída en el ambiente externo; 2 - Riesgo de caída en el ambiente domiciliar; 6 - Exposición de los ancianos a situaciones vulnerables; 4 - Capacidad del anciano para desarrollar las actividades de la vida diaria y 5 - Miedo de caída y de los factores asociados. Los ancianos perciben el riesgo de caída como un peligro por su exposición a las piedras sueltas en las calles y baños lisos en las residencias y demuestran miedo de desarrollar actividades como una forma de prevenir accidentes.

Descriptores: Ancianos. Accidentes por Caídas. Percepción.

[1] Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: srbmoura@outlook.com

[2]Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: jpedropinheiro@hotmail.com

[3] Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: ana.mrsantos@gmail.com

[4] Médico. Doutor em Cirurgia pela UFPE. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI e do Mestrado Profissional em Saúde da Família e da Graduação em Medicina da Universidade Federal do Piauí. E-mail: gvmesquita@uol.com.br

[5] Médico. Doutorando em Direito pelo Centro Universitário de Brasília - UniCeub. Docente da Graduação em Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPI e da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: jlvribeiro@yahoo.com

ISSN 2317-5079

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil trouxe repercussões nas áreas da assistência social e da saúde. Houve uma modificação epidemiológica e alterações no quadro de morbimortalidade no país. O perfil típico de uma população jovem, que apresenta principalmente doenças infectocontagiosas, passou para um perfil de idosos que apresenta doenças crônicas e degenerativas, necessitando de assistência por serem consideradas ameaças à saúde, requerendo, assim, estratégias de tratamento e também de autocuidado.

Dentre os problemas que acometem os idosos, as quedas tornou-se um problema de saúde pública pela alta incidência e pelas consequências para a qualidade de vida do idoso.

As quedas entre idosos é um problema de saúde pública em todo o mundo e merece atenção especial por parte dos gestores dos serviços de atenção à saúde, profissionais e pela comunidade, tendo em vista os danos à integridade do estado de saúde que as quedas podem provocar e suas consequências e sequelas.

Os fatores de risco ambientais são causas de quedas entre idosos, que estão expostos nas suas residências, nos espaços públicos como praças, igrejas e nas ruas das cidades. As superfícies molhadas, irregulares e escorregadias, objetos soltos no chão, degraus, escadas, calçadas altas e outros fatores podem precipitar o risco de quedas e resultar em séries consequências e prejuízos para a qualidade de vida de idosos.

Dessa forma, a queda entre idosos é algo que preocupa, pois é um dos problemas mais comuns que os acometem. Muitas vezes os resultados desses acontecimentos podem ser irreversíveis como o caso de fraturas graves que acabam afetando a qualidade de vida desses idosos podendo levá-los a dependência e imobilidade.

De acordo com o IBGE (2013), a avaliação da qualitativa do estado de saúde consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde física, mental e social e também a percepção dos fatores de risco à saúde, como as quedas.

Atualmente, a percepção do estado de saúde é um dos indicadores mais usados na saúde, uma vez que está descrito como um bom preditor de morbidade e mortalidade, e tem sido utilizado para a monitorização da saúde das populações pela Organização Mundial de Saúde (ARAÚJO et al., 2011).

A percepção está diretamente dependente das experiências pessoais, dos objetivos e dos mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com decepções e fracassos, podendo ainda estar relacionada com as condições físicas e com o comprometimento funcional do sujeito (FREITAS et al., 2010).

Desenvolver estudo para analisar como a percepção de idosos, quanto ao risco de quedas, pode influenciar na prevenção desses acidentes, justifica-se para que estratégias de intervenção e prevenção sejam implementadas na atenção primária.

Diante dessa problemática, o estudo tem como objetivos descrever a percepção de idosos sobre o risco de queda e analisar como a percepção de idosos, sobre o risco de quedas, pode influenciar na prevenção desses acidentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem

qualitativa. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou a relação entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados. O caráter exploratório possibilita maior familiaridade com o problema, aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Minayo (2013) afirma que a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares que não podem ser quantificadas, tais como representações, percepções, produto de interpretações que o ser humano elabora. É a abordagem ideal para estudar histórias e vivências sob a ótica dos atores.

O estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família de Teresina, na Unidade Básica de Saúde do Saci. Os participantes do estudo foram 64 idosos assistidos pelos profissionais de saúde da equipe número 138, os quais foram abordados na Unidade Básica de Saúde do Saci e em visitas domiciliares seguindo cronograma da referida Unidade de Saúde. A quantidade de participantes do estudo foi definida por saturação, conforme Minayo (2013). Os critérios de inclusão de idosos na pesquisa foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e ser assistido pela equipe da Estratégia Saúde de Família do Saci. Os critérios de exclusão foram: idosos acamados, com déficit visual ou auditivo e que não utilizavam recursos adaptativos (lentes corretivas ou aparelho auditivo), aqueles que não estavam em casa após a terceira tentativa de visita.

Ainda como critério de exclusão, considerou-se os idosos que, após aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), obtiverem um escore indicativo de possível quadro de demência e um escore de possível depressão, conforme Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (PARADELA, LOURENÇO, VERAS, 2005).

Para realizar a avaliação do nível de comprometimento cognitivo foram utilizados os pontos de corte apontados por Bertolucci (1994), segundo o nível de escolaridade: 13 para analfabeto, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. No estudo foi considerado baixa escolaridade os níveis primário e fundamental, para a média escolaridade, o nível médio e para superior, graduação incompleta, completa e pós-graduação. Os que obtiverem escores abaixo desses valores foram excluídos da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado, sobre a percepção de idosos quanto ao risco de queda, no período de abril a maio de 2017. O estudo obedeceu aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os dados foram processados pelo softwwere IRAMUTEQ *(Interface de R pourlesAnalysesMultidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida em um texto, por intermédio de análise estatística textual (CAMARGO, 2005).

O emprego de programas informáticos como o IRAMUTEQ proporciona o desenvolvimento de técnicas de análise de dados que beneficiaram as pesquisas sobre o fenômeno, o que justifica a sua utilização, além do caráter inovador que esse instrumento confere à análise dos discursos. Este *software* foi desenvolvido por Pierre Ratinaud, e para que se possa compreender a análise textual que realiza, é necessário inicialmente explicitar alguns conceitos importantes: 1) ***Corpus1*** é o conjunto de textos que se pretende analisar. 2) **Texto** é cada entrevista que compõe o *Corpus*. Se uma determinada análise diz respeito às respostas de "n" participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto, e teremos "n" textos. 3) **Segmentos de texto** são partes do texto, na

ISSN 2317-5079

maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software*. Assim, *corpus*, texto e segmentos de texto constituem o objeto de análise do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013).

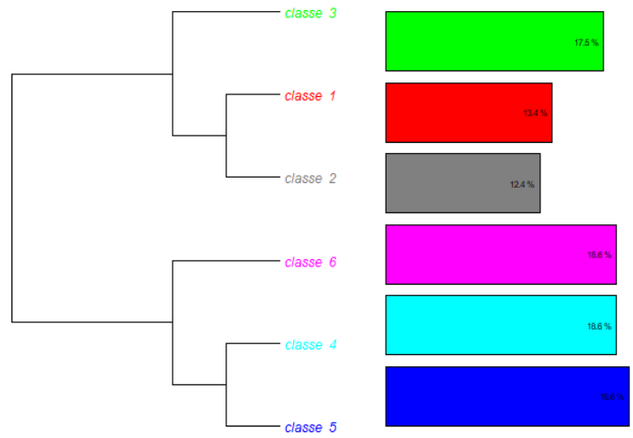
Vale ressaltar que esse programa informático pode fazer vários tipos de análises de dados textuais, com destaque para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que será o tipo utilizado nesta pesquisa. Por essa análise, os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter **classes** de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir disso, o programa informático organiza a análise dos dados em um **dendograma** da CHD, que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO, 2005).

Foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2), feito pelo software IRAMUTEQ, para avaliar a *associação* existente entre as variáveis qualitativas e averiguar a associação entre a percepção do risco de queda e a influência dessa percepção na prevenção de acidentes (nível de significância $p < 0,0001$).

RESULTADOS E ANÁLISE

Após o processamento dos dados pelo *software IRAMUTEQ* foram identificadas 97 Unidades de Contexto Elementar (UCE) classificadas em 118 segmentos de texto que representam 82.20% do aproveitamento do material. Os segmentos aproveitados foram divididos em 06 classes. Cada classe é descrita pelos vocábulos que tiveram maior associação com a classe (X^2) e mais significativos (frequência). As 06 classes dividem-se da seguinte forma: Classe 03, com 17 UCE e 17.53% do total aproveitado, Classe 01, com 13 UCE e 13.4% do total aproveitado; Classe 02, com 12 UCE e 12.37% do total aproveitado; Classe 06, com 18 UCE e 18.56% do total aproveitado, Classe 04, com 19 UCE e 19.59% do total aproveitado e a Classe 05, com 19 UCE e 19.59% do total aproveitado, conforme dendograma ilustrado na **Figura 01.**

Figura 01: Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. Teresina – PI, 2016.



Fonte: IRAMUTEQ, 2017

As classes e suas descrições

Classe 3 - Perigo e risco de queda para o idoso

A classe 3, constituída por 17 UCE, concentra 17,5% das UCEs classificadas e determina as classes 1 e 2. Extraídas predominantemente das entrevistas número 02, 10, 28, 30 e 45, de participantes do estudo na faixa etária de 66 a 70 anos e com ensino médio. As palavras de destaque foram: **perigo, calçada, rua e atenção** ($p < 0,0001$).

> *Na rua tem muitos buracos nas calçadas e nos degraus. Percebo mais o risco de queda na rua com as calçadas sem acesso* (Part. 02)

> *Vejo risco de cair quando ando pela rua com buracos ou nas calçadas com carro estacionado e a pessoa tem*

> *que sair da calçada e subir de novo. Na minha casa não tem risco mas na rua tem muitos riscos com os degraus das calçadas* (Part. 10)
>
> *Na rua tem muito perigo, nas calçadas... Andar na rua com calçado folgado e não prestar atenção é risco de queda* (Part. - 28)
>
> *Na minha casa eu sou muito cuidadosa, tiro objetos que eu possa esbarrar e tenho atenção. Na rua tem mais perigo, percebo o risco de queda pela falta de atenção e locais inapropriados para o idoso andar* (Part. 30)
>
> *Vejo risco de queda quando saio de casa e vou pegar o ônibus na rua cheia de buraco e nas calçadas altas... Na rua tem mais perigo nas calçadas... Percebo o risco de queda se andar sem atenção... Andando pelas ruas cheias de buracos e calçadas altas percebo o risco de quedas ao fazer algumas atividades que não sou acostumada a fazer e que não me dar segurança* (Part. 45)

A dimensão das quedas na população mundial e nacional de idosos traz importantes aplicações no campo da saúde para entender a complexidade com que o tema se relaciona aos idosos e que servem de base na aplicabilidade de intervenções preventivas. A queda tem sido um fator agravante de grande influência entre as causas que limitam ou dificultam a execução das funções diárias dos idosos. É importante que profissionais de saúde que atuam diretamente com o público idoso conheçam o tema "quedas" nessa população. As intervenções e cuidados preventivos indicam associação de fatores ligados aos diversos aspectos, como controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional, entre outros (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014)

Estudo sobre a avaliação do risco de quedas em idosos que vivem em casa, mostra que existe associação do risco de quedas, com significância estatística, com o sexo, a idade, o estado cognitivo e ocorrência de quedas de idosos. Os idosos do sexo feminino, com idade acima de 80 anos, com baixo estado cognitivo e que experimentaram quedas anteriores nos últimos seis meses, aumentam a propabilidade de quedas. As morbidades auto-relatadas que são estatisticamente relacionadas com a ocorrência de quedas são: hipertensão, deficiência visual, problemas da coluna vertebral, osteoporose e doenças reumáticas. As variáveis associadas ao risco de quedas são, queda, com quem vivem, deficiência visual e doenças reumatológicas (SMITH et al., 2017).

A prevalência de quedas entre os idosos é de 32,1%. Entre aqueles que sofreram queda, 53% tiveram uma única queda e 19% tiveram fratura como consequência. Maior parte das quedas (59%) ocorre no domicílio do idoso. A ocorrência de quedas associou-se com idade avançada, sexo feminino, necessidade de auxílio para locomoção e diagnóstico autorreferido de osteoporose (CRUZ, et al, 2012).

Estudo realizado por Santos et al (2016) em um hospital de referência em urgência de Teresina, que objetivou analisar os acidentes domésticos com idosos constatou a predominância de queda (84,4%), da própria altura (55,6%), assemelhando-se a outra pesquisa realizada em um pronto socorro no Rio Grande do Sul que investigou as causas externas envolvendo idosos e, verificou que a queda representou 48% dos casos (MAAG et al., 2013).

Confirma-se assim que as quedas são frequentes entre idosos. O conhecimento dos

fatores associados à ocorrência desse evento pode auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção e serviços de saúde mais adequados.

Classe 1 - Risco de queda no ambiente externo

A classe 1, constituída por 13 UCE, concentra 13,4% das UCEs classificadas e foi determinada pela classe 3. Extraídas predominantemente das entrevistas número 5, 49 e 62, de participantes do estudo hipertensos. As palavras de destaque foram: **pedra, solta e poça** (p <0,0001), sendo a classe mais contributiva.

> *Eu identifico o risco de queda em degraus elevados, escadas altas. Rua cheia de buraco, calçadas altas da igreja. Percebo o risco de queda ao fazer atividades que fogem do cotidiano e não me sinto segura fazendo* (Part. 05)

> *Identifico risco de queda em qualquer lugar que tenha coisas difíceis para eu ver e que eu possa escorregar como casca de banana, carrinho de criança e chão molhado, na rua principalmente, quando vou à igreja, a praça é cheia de buracos* (Part. 49)

> *Na rua, quando caminho para o comércio sinto muitas dificuldades pela rua ser cheia de buracos e as pedras soltas do calçamento. Percebo risco de queda em qualquer movimento que eu faça pois criei trauma depois da última queda que levei* (Part. 62)

Os fatores de risco ambientais estão presentes em 20 a 58% das quedas de idosos. As superfícies irregulares, molhadas e escorregadias, assim como tapetes soltos e o chão irregular foram os mais prevalentes nos estudos analisados sobre os fatores ambientais e risco de quedas em idosos. Idosos mais ativos tendem a cair em ambientes externos às suas residências e os idosos menos ativos caem mais dentro do próprio domicílio (OLIVEIRA, et al. 2014).

A participação em atividades comunitárias também pode ser considerada fator de risco para quedas. Estudo mostrou que idosos que participam de alguma atividade, saem mais de casa, ficando, portanto, mais expostos às barreiras arquitetônicas como iluminação inadequada, superfícies escorregadias, degraus altos, ausência de corrimãos, calçadas inadequadas e vias públicas mal conservadas (PEREIRA, CEOLIM, NERI, 2013).

A presença de hipertensão arterial bem como o uso de anti-hipertensivo aumentam significativamente as chances de o idoso sofrer quedas, repercutindo nos âmbitos coletivo e familiar, com elevados custos econômicos (RODRIGUES, CIOSAK, 2012).

Classe 2 - Risco de queda no ambiente domiciliar

A classe 2, constituída por 12 UCE, concentra 12,3% das UCEs classificadas e foi determinada pela classe 3. Extraídas predominantemente das entrevistas número 04, 06 e 07, de participantes do estudo diabéticos. As palavras de destaque foram: **liso e banheiro** (p <0,0001).

> *Na minha casa tem risco de queda porque o chão é liso, já levei uma queda no terraço por conta de areia na cerâmica* (Part. 04)

> *Risco de queda fazendo alguma atividade, lavando roupa, lavando o banheiro de casa... Vejo o risco de quedas em todo o ambiente da casa que tem o chão liso* (Part. 06)

> *O chão da minha casa é liso percebo o risco de quedas em superfície lisas ou instável que eu posso cair* (Part. 07)

A prevenção de quedas como uma política de saúde já havia sido assinalada no Pacto pela Saúde do SUS com a saúde do idoso elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. No pacto de indicadores de gestão do SUS foi priorizado o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e se enfatizou a necessidade de ações afirmativas no sentido da prevenção para a redução de quedas.

Muitos fatores de risco para quedas em residências de idosos de diferentes comunidades têm sido relatados. Os fatores intrínsecos que podem aumentar o risco de quedas e fraturas são a idade avançada, a autopercepção do idoso da sua visão e saúde ruim e como fatores extrínsecos têm-se aqueles relacionados ao ambiente, tais como iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos (ALMEIDA, SOLDERA, GOMES, 2012)

No tocante às doenças crônicas como o diabetes mellitus, foi verificada uma frequência de quedas em idosos diabéticos superior à de idosos não diabéticos, esse fato pode estar relacionado ao fato de que idosos diabéticos apresentam equilíbrio e mobilidade prejudicados devido a idade avançada, limitação para atividades diárias, ausência de estratégia de equilíbrio, redução da sensibilidade proprioceptiva e presença de hipotensão ortostática (OLIVEIRA, et al., 2012).

A natureza multifatorial das quedas as caracterizam como sendo uma síndrome geriátrica complexa que envolve a interação de várias condições clínicas (intrínsecas), dentre elas a tontura e diabetes (SOARES, MORAES, FERRIOLLI, 2014). Alguns autores evidenciaram correlação positiva entre alterações da sensibilidade cutânea plantar e distúrbios do equilíbrio em idosos brasileiros com Diabetes Mellitus (PINHEIRO, VILAÇA, CARVALHO, 2014).

Muitos fatores de risco para quedas em residências de idosos de diferentes comunidades têm sido relatados. Os fatores intrínsecos que podem aumentar o risco de quedas e fraturas são a idade avançada, a autopercepção do idoso da sua visão e saúde ruim e como fatores extrínsecos têm-se aqueles relacionados ao ambiente, tais como iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos (ALMEIDA, SOLDERA, GOMES, 2012)

Investigação estadunidense observou 603 residências objetivando descrever a prevalência e medidas preventivas de segurança nas habitações com idosos, como também o conhecimento de temas de segurança por essas pessoas e recomendou aos profissionais e pesquisadores a continuarem a desenvolver e avaliar programas para reduzir os riscos de lesão em casas com idosos a fim de que eles posam envelhecer com segurança (SHIELDS et al., 2013).

No Japão, considerando a alta incidência de acidentes com idosos nos domicílios, foram desenvolvidos estudos para a detecção e prevenção de queda de idosos. Com o objetivo de apresentar novos equipamentos de assistência e garantira segurança no contexto da inovação tecnológica de atenção ao idoso, apresentam protótipos de rastreamento de movimentos de idosos por vários diferentes tipos de equipamentos de sensores, com o objetivo de prevenir acidentes, como cair nas dependencias das residências, como salas, corredores e banheiro, especialmente os idosos que moram sozinhos (AOKI,YOSHITAKE, KUBO, 2015; DI et al. 2015)

Para Ansai et al (2014), o uso de instrumentos para detecção do risco de quedas de idosos é fundamental para prevenção e

tratamento de tais eventos. Não há, porém, consenso quanto aos testes mais adequados para cada situação. Estudos sobre a eficácia, sensibilidade e especificidade dos testes *Timed Up and Go Test (TUGT) e Berg Balance Scal (EEB),* a fim de verificar qual é o mais apropriado para prevenir quedas em idosos, mostrou que tanto o TUGT quanto a EEB podem ser bons preditores de quedas e são eficazes, desde que adaptados de maneira correta para cada perfil do idoso.

Classe 6 - Exposição do idosos a situações vulneráveis

A classe 6, constituída por 18 UCE, concentra 18,5% das UCEs classificadas e determina as classes 04 e 05. Extraídas predominantemente das entrevistas número 04, 27, 39, 59, 61 e 62 de participantes do estudo com ensino fundamental e superior, do sexo masculino, na faixa etária de 76 a 80 anos. As palavras de destaque foram: **idoso, expor, ambiente e situação** (p <0,0001).

> *Percebo o risco de queda fazendo qualquer atividade que não me sinto segura como calçados que deixam meus pés em falso* (Part. 04)
>
> *Tenho medo de cair em casa e na rua. Escorregar é um problema para o idoso. Os riscos é mais dentro de casa* (Part. 27)
>
> *A pessoa idosa está vulnerável a quedas. Qualquer atividade e deslocamento do idoso sem que ninguém esteja acompanhando vejo como risco de queda. O chão do meu banheiro é liso o chão do quintal é liso* (Part. 39)
>
> *Risco da pessoa cair em ambientes que não são seguros, em casa principalmente no banheiro, pois o chão é liso. Vejo que meu bairro não pensa no idoso pois tenho muitas dificuldades de andar na rua percebo risco de queda em todos os locais que as pessoas não tem firmeza nas pernas, nas superfícies lisas e escorregadia. Situações que se as pessoas se arriscar pode cair* (Part. 59)
>
> *Risco de cair em qualquer situação de instabilidade do corpo. No dia a dia estamos sujeitos a cair constantemente na casa, na rua, na igreja, nas praças em todos os lugares. Em casa sinto situação de instabilidade quando ando no banheiro e no quintal, pois são lugares que me deixam mais inseguros. Nas ruas basicamente em todos os lugares me deixam exposta a quedas pois são lugares que deixam os idosos inseguros. Percebo risco de quedas quando me exponho a qualquer situação de insegurança* (Part. 61)
>
> *Tem risco de queda em lugares inadequados para o idoso. Falta um espaço físico para o idoso ter segurança para andar. Dentro de casa, eu fico mais seguro porque eu tiro o tapete, limpo o chão, tenho cuidado dentro do banheiro para não escorregar. O que mais me preocupa são as consequências da queda... O ambiente externo tem risco de queda, percebo a queda como um grande risco para a saúde e para a qualidade de vida* (Part. 61)
>
> *Existem situações em que deixa a pessoa mais exposta a quedas pois passam insegurança as pessoa culminando na*

> *queda do indivíduo em casa principalmente no banheiro, na cozinha, na lavanderia que são lugares em que a água sempre está presente deixando a superfície instável* (Part. 62)

As quedas e, por sua consequência, as fraturas afetam negativamente a qualidade de vida na velhice, pois esta não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças (CUNHA, MAYRINK, 2011).

Atualmente há consciência crescente de que as fraturas, decorrentes de quedas, afetam substancialmente a qualidade de vida dos pacientes idosos, e representam um significativo problema de saúde pública devido aos custos econômicos e sociais, e aos altos índices de morbidade e mortalidade. Pacientes com fraturas podem se tornar incapazes ao trabalho, limitados na sua inserção social, atividades recreativas, e emocionalmente angustiados, exigindo assim extensos cuidados médicos, psicológicos e assistência nas atividades da vida diária(OLIVEIRA, et al., 2011)

Quedas resultam em custos elevados para os serviços de saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem elevado a cada ano seus custos relacionados com o tratamento de fraturas em idosos. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2006, cerca de R$ 49 milhões foram gastos em internações. Em 2009, esse número tinha aumentado para R$ 57,61 milhões (PAGLIOSA, RENOSTO, 2014).

Os profissionais de saúde devem desenvolver mais estudos para avaliar os programas preventivos de quedas junto à população idosa de forma a melhorar o conhecimento, as atitudes e comportamentos dos idosos que podem colaborar para a diminuição do risco de quedas. A aplicação da Escala Avaliativa do Risco de Quedas (EARQUE) para pessoas idosas não institucionalizadas pode fornecer subsídios para a prevenção de quedas de pessoas idosas (JONAS, SILVA, MENDES, 2015).

Classe 4 - Capacidade do idoso para desenvolver as atividades da vida diária

A classe 4, foi constituída por 19 UCE, concentra 19,5% das UCEs classificadas e foi determinada pela classe 6. Extraídas predominantemente das entrevistas número 11, 19 e 40, de participantes do estudo com ensino fundamental e analfabetos. A palavra de destaque foi: **idade** (p <0,0001), sendo a classe menos contributiva.

> *Minha percepção para queda é quando eu me distraio e não presto atenção ao andar, por causa da idade eu tenho que andar devagar e com isso eu tenho mais chances de cair eu me sinto em risco quando ao andar devagar por ai, tenha algo que não perceba e eu tope* (Part. 11)

> *Mas que para a gente da nossa idade já não temos muito equilíbrio* (Part. 19)

> *Hoje para uma pessoa de maior idade atravessar a rua, tomar banho sozinho, andar na rua sozinho, saltar nas calçadas e fazer coisa que fazia quando era jovem tem risco de queda. Percebo risco de queda em qualquer atividade em que eu esteja sozinho e precise me locomover, andar sozinho na rua, passar em calçadas altas, andar de ônibus* (Part. 40)

Soares, et al. (2014), abordam que idosos que moram sozinhos, possuem disfunções musculoesqueléticas caracterizadas como artrite, que apresentam queixa de tontura, diagnóstico de depressão e baixa auto eficácia para evitar quedas, sejam monitorados com mais cuidado. Possíveis intervenções relacionadas a estes fatores devem ser implementadas com vistas à prevenção de quedas e quedas recorrentes. Essas sugestões podem ser utilizada no planejamento de ações programáticas e estratégicas, para melhorar o investimento em prevenção e, consequentemente, reduzir os gastos com as consequências das síndromes geriátricas.

Os fatores de risco de queda do idoso são multifatoriais, como fatores de risco ambientais, agentes farmacológicos, fatores de risco cognitivo, fatores de risco fisiológicos, fatores de risco psicológicos e também fatores de risco socioeconômicos. Na avaliação do risco de queda de idosos é importante avaliar a existência de sintomas depressivos ou a depressão, o gênero feminino, o compromisso na execução das atividades de vida diária e o medo de cair (SOUSA, 2016).

As quedas, portanto, tem se tornado uma ocorrência frequente e um problema crescente com o processo de envelhecimento. Quanto mais frágil o idoso, maior a propensão à queda, caracterizando um fator importantíssimo de morbidade, institucionalização e mortalidade. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade. A previsão é de que um terço dos idosos que vivem na comunidade cairá no prazo de um ano e, entre os institucionalizados, esta previsão aumenta para 50%. Ao cair, cerca de 5% dos idosos necessitam de hospitalização, principalmente por fratura de quadril, e, em cada três casos, um dos pacientes falece no prazo de um ano (NICOLUSSI, et al., 2012)

Classe 5 - Medo de queda e dos fatores associados

A classe 5, foi constituída por 19 UCE, concentra 19,5% das UCEs classificadas e foi determinada pela classe 6. Extraídas predominantemente das entrevistas número 32 e 51, de participantes do estudo com ensino fundamental e com mais de 80 anos. As palavras de destaque foram: **medo, hoje, limpar, antes e faxina** (p =0,0001).

> *Hoje só tomo banho de chinelo... Na calçada da igreja já topei uma vez e quase cai. A rampa da garagem da minha casa é muito liso, percebo o risco de queda em qualquer atividade que eu vá fazer, até dormindo. Antes daquela queda que sofri fazia todas as atividades de casa como faxina, lavar roupas, passar roupa, além de ir na igreja sozinha e ir na quitanda sozinha. Hoje só vou acompanhada para todos os lugares com uma pessoa me segurando porque tenho medo de cair* (Part. 32)

> *Antes o banheiro e o terraço era os lugares que eu achava que podia cair, hoje sinto a casa segura, sinto firmeza quando caminho pela casa. Antes fazia faxina na casa hoje não faço por medo de cair. Na rua, morro de medo de cair, pois tem muitos buracos e as calçadas são altas. Percebo risco de queda quando vou fazer qualquer coisa e não sinto firmeza* (Part. 51)

As consequências das quedas de idosos são os danos físicos, como lesões teciduais, ferimentos e fraturas, declínio funcional e aumento da

dependência e questões psicossociais, como medo de cair, isolamento e perda da autonomia. Considerando a gravidade de várias destas consequências, é necessário que sejam elaborados e implementados programas eficazes de prevenção das quedas. Algumas consequências das quedas podem levar a outras repercussões que podem aumentar ainda mais o risco do idoso cair, como é o caso do medo de quedas levando à restrição de atividade. Assim, fica evidente que, além dos programas de prevenção às quedas, é importante também a realização de programas de reabilitação após as quedas, com o objetivo de impedir ou minimizar a ocorrência de tais repercussões (MAIA, 2011).

A prevenção ao medo de quedas recorrentes devem visar prioritariamente às mulheres que apresentam alguma limitação por causa de quedas e com baixo convívio social. Faz-se necessário o desenvolvimento de programas de intervenção e políticas públicas, incluindo orientação aos profissionais de saúde, visando a evitar que o medo de cair torne-se responsável pela diminuição da qualidade de vida entre os idosos e seus familiares, os quais acabam se mobilizando para dar assistência ao idoso. O desenvolvimento de campanhas baseadas em esclarecimentos sobre os riscos que envolvem as quedas e o medo de quedas recorrentes, por meio de grupos de convívio com atividades físicas e discussões sobre o tema, pode ser uma importante ferramenta de prevenção aos serviços de saúde (ANTES, et al. 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos percebem o risco de queda como um perigo pela sua exposição às pedras soltas nas ruas e banheiros lisos nas residências e demonstram medo de desenvolver atividades como uma forma de prevenir acidentes. Isso poderá resultar na limitação de idosos por causa das quedas, no baixo convívio social e má qualidade de vida. A construção de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa estabelece uma dimensão necessária às transformações da sociedade e à construção do Sistema Único de Saúde.

As políticas voltadas para a pessoa idosa no Brasil evoluem de forma lenta e não contemplam objetivamente as demandas dos idosos, como um novo grupo populacional em constante crescimento.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, S. T, SOLDERA, C. L. C, GOMES, I. R. T. L. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos**. Rev Assoc Med Bras,** v. 58, n. 4, p. 427-33, 2012.

ANSAI, J. H. et al. Revisão de dois instrumentos clínicos de avaliação para predizer risco de quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 177-189, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100177&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100017.

ANTES, D. L. et al . Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, p. 758-768, abr. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400013.

AOKI, E; YOSHITAKE, S., KUBO, M. Study on Sensor Networks for Elderly People Living Alone at Home Institute for Hypernetwork Society and AIVS, Oita, Japan 2015 International Conference on Consumer Electronics-Taiwan (ICCE-TW)

ARAÚJO, J.; RAMOS, E.; LOPES, C. Estilos de vida e percepção do estado de saúde.
Acta Medica Portuguesa .v.24, n. Suplementar, p.79-87, 2011

BERTOLUCCI, P. H. F. et al . O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 52, n. 1, p. 01-07, Mar. 1994. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001.

BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 466/12. Brasília; 2012.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Morerira ASP, organizadora. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universitária; 2005.

CAMARGO, B. V, JUSTO A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq**. Florianopolis: UFSC; 2013.

CUNHA, L. L, MAYRINK,W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Rev dor,** v. 12, n. 2, p. 120-4, 2011.

CRUZ, D. T. et al . Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 138-146, fev. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. Epub 20-Dez-2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000087.

DI, et al. Fall Detection and Prevention Control Using Walking-Aid Cane Robot. IEEE/ASME Transactions on Mechatronics Vol. XX, nº. XX, Dez. 2015

FREITAS, D. H. M. et al. Autopercepção da saúde e desempenhocognitivo em idosos residentes nacomunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n.1, p.32-35, 2010.

GASPAROTTO, L. P. R, FALSARELLA, G. R, COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev bras geriatrgerontol**, v. 17, n. 1, p. 201-9, 2015

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

IBGE. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JONAS, L. T, SILVA, J. V, MENDES, M. A. Construção da escala avaliativa do risco de quedas para pessoas idosas não institucionalizadas. **J Nurs**, v.18, n.4, p. 7977-85, maio, 2015.

MAAG, S.B. et al. Causas externas envolvendoidosos atendidos em um pronto socorro. **Rev Enferm UFPE** [Internet]. v. 7, n.8, p. 5274-9, 2013. Disponível em: 10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201315.

MAIA, Bruna Carla et al . Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 381-393, jun. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013

NICOLUSSI, A. C, et al.,. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 3,** p. 723-30, 2012. Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300019&lng=en

OLIVEIRA, P. P, et al.,. Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 5, p. 231-7, 2011. Avaliable from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500005&lng=pt

OLIVEIRA,P. P, et al.,. Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n.2, p. 234-9, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200021&lng=pt

OLIVEIRA, A. S. et al . Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 637-645, set. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300637&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087.

PAGLIOSA, L. C, RENOSTO, A. Effects of a health promotion and fall prevention program in elderly individuals participating in interaction groups.**RevFisioterMov,** v. 27, n. 1, p. 101-9 2014.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005

PEREIRA, A. A, CEOLIM, M. F, NERI, A. L. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cad Saúde Pública,** v.29, n. 3, p. 535-46, 2013. Avaliablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300011&lng=pt

PINHEIRO, H. A, VILAÇA, K. H. C, CARVALHO, G. A. Estabilidade postural, risco de quedas e medo de cair em idosos com neuropatia periférica que realizam exercícios terapêuticos. **Rev FisioterPesq**, v.21, n.2, p. 127-32, 2014.

RODRIGUES, J, CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev esc enferm-US**P, v.46, n. 6, p. 1.400-5, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600017&lng=en

SANTOS, A.M.R. et al. Acidentes domésticos em idosos atendidos em um hospital de urgência. **Rev. Eletr. Enf**. v.18, p. 1169, 2016. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36569

SHIELDS, W.C. Knowledge and injury prevention practices in homes of older adults. **Geriatric Nursing**. v. 34, n.1, p. 19-24, 2013. Available from:http: //www.gnjournal.com/article/S0197-4572(12)00212-1/pdf

SMITH, A. A. et al . Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2754, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. Epub 06-Abr-2017. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754.

SOARES, W. J. S, MORAES, S. A, FERRIOLLI, E. P. M. R. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev bras geriatrgerontol**, v.17, n.1, p. 49-60, 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100049&lng=pt

SOARES, W. J. S. et al . Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 49-60, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100049&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100006.

SOUSA, Luís Manuel Mota et al . Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e55030, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400601&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2017. Epub 23-Fev-2017. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030.

Submissão: 01/09/2017

Aprovação: 29/09/2017