

Qualidade de vida e quedas em idosos: estudo de método misto

Quality of life and falls in elderly people: a mixed methods study
Calidad de vida y caídas en los ancianos: estudio del método mixto

Thainara Lopes da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8586-4657

Vanessa Vieira da Motta¹

ORCID: 0000-0003-1449-8279

Willian José Garcia¹

ORCID: 0000-0002-9892-4839

Cristina Arreguy-Sena¹

ORCID: 0000-0002-5928-0495

Paulo Ferreira Pinto¹

ORCID: 0000-0001-7321-3160

Pedro Miguel Santos Dinis Parreira²

ORCID: 0000-0002-3880-6590

Elenir Pereira de Paiva¹

ORCID: 0000-0001-6893-1221

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora,
Minas Gerais, Brasil.

² Escola de Enfermagem Superior de Coimbra. Coimbra,
Portugal.

Como citar este artigo:

Silva TL, Motta VV, Garcia WJ, Arreguy-Sena C,
Pinto PF, Parreira PMSD, et al. Quality of life and
falls in elderly people: a mixed methods study.
Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20200400.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0400>

Autor Correspondente:

Elenir Pereira de Paiva
E-mail: eleniruff@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 11-06-2020 **Aprovação:** 18-09-2020

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos idosos, compreendendo as representações sociais sobre quedas. **Métodos:** pesquisa de método misto convergente, realizada em domicílio, tendo como amostra 134 idosos. Utilizou-se questionário estruturado abrangendo variáveis sociodemográficas e presença de fatores que indicassem fragilidade e risco para queda. Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se *Medical Outcomes Study Short-Form 36* e Teoria das Representações Sociais, abordagem estrutural de Abric, sendo os dados tratados por dicionário de termos equivalentes, processados no *software* Evoc 2000, convergindo analiticamente segundo Neuman. **Resultados:** identificou-se comprometimento da qualidade de vida nos aspectos físico, emocional e de capacidade funcional. Os elementos do possível núcleo central foram *queda, medo e machucado-osso-quebrado*. **Considerações finais:** prejuízos na qualidade de vida podem contribuir no aumento do número de quedas, que se mostrou um evento presente na vida do idoso através das evocações. Compreender as demandas individuais do idoso permite o planejamento de ações.

Descritores: Qualidade de Vida; Acidentes por Quedas; Serviços de Saúde para Idosos; Prevenção de Acidentes; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objective: to assess elderly people's quality of life, understanding the social representations of falls. **Methods:** a convergent mixed methods research carried out at homes, with a sample of 134 elderly people. A structured questionnaire was used, covering sociodemographic variables and factors that indicated frailty and risk of falling. For quality of life assessment, *Medical Outcomes Study Short-Form 36* and *Theory of Social Representations*, Abric's structural approach were used, with data treated by dictionary of equivalent terms, processed in *Evoc 2000*, converging analytically according to Neuman. **Results:** quality of life impairment was identified in terms of physical, emotional and functional capacity. The elements of the possible central nucleus were fall, fear, and bruised-broken-bone. **Final considerations:** quality of life impairment can contribute to increase the number of falls, which has been shown to be an event present in elderly people's lives through evocations. Understanding elderly people's individual demands allows planning actions.

Descriptors: Quality of Life; Accidental Falls; Health Services for the Aged; Accident Prevention; Community Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de los ancianos, entendiendo las representaciones sociales de las caídas. **Métodos:** investigación de método mixto convergente, realizada en el domicilio, con una muestra de 134 ancianos. Se utilizó un cuestionario estructurado, cubriendo variables sociodemográficas y la presencia de factores indicativos de fragilidad y riesgo de caídas. Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el *Medical Outcomes Study Short-Form 36* y *Theory of Social Representations*, enfoque estructural de Abric, con datos tratados por diccionario de términos equivalentes, procesados en el *software* Evoc 2000, convergiendo analíticamente según Neuman. **Resultados:** se identificó deterioro de la calidad de vida en los aspectos de capacidad física, emocional y funcional. Los elementos del posible núcleo central caían, miedo y huesos rotos, magullados. **Consideraciones finales:** las deficiencias en la calidad de vida pueden contribuir al aumento del número de caídas, que resultó ser un evento presente en la vida de los ancianos a través de evocaciones. Comprender las demandas individuales de los ancianos permite planificar acciones.

Descriptores: Calidad de Vida; Accidentes por Caídas; Servicios de Salud para Ancianos; Prevención de Accidentes; Enfermería em Salud Comunitaria.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um tema emergente, levando em consideração o processo de transição demográfica que vem acontecendo, podendo ser evidenciado por alterações presentes em órgãos e tecidos⁽¹⁾. Esse processo é acompanhado por alterações fisiológicas dos diversos sistemas que podem ter como consequência a ocorrência de doenças e o aumento da fragilidade no idoso⁽²⁻³⁾.

O sistema musculoesquelético sofre alterações decorrente do envelhecimento, como prejuízo na massa magra, desmineralização óssea, rigidez dos músculos de quadril, joelho e ombro. Essas condições geram redução na capacidade funcional do idoso, o que diminui a mobilidade e dificulta a marcha podendo tornar os idosos propensos à queda⁽²⁻⁴⁾.

A queda é compreendida como o “deslocamento involuntário e não intencional do corpo para um nível inferior ao atual, podendo ser ocasionadas em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos⁽³⁻⁴⁾. A ocorrência desse evento gera, além dos custos financeiros, impacto psicológico por causar o sentimento de medo, podendo tornar ter como consequência o aumento da dependência do idoso e vulnerabilidade a novos episódios de queda⁽⁴⁻⁶⁾.

A queda gera influências sobre a qualidade de vida (QV) do idoso, podendo prejudicá-la nos aspectos físico, mental e emocional, em decorrência das consequências da queda ou mesmo do medo de cair⁽⁶⁻⁷⁾. No entanto, o idoso que possui uma rede de apoio estruturada, auxiliando no enfrentamento do processo de envelhecimento, tem resultados positivos na QV⁽⁷⁾.

O enfermeiro está inserido no processo saúde-doença do idoso em toda a sua complexidade. Sendo assim, este atua no contexto das quedas realizando o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem voltados ao cuidado da pessoa idosa. Além disso, está em contato direto com o idoso e família, buscando proporcionar QV e o resgate da autonomia no processo de recuperação⁽⁸⁻⁹⁾.

A fim de captar de forma integral a QV dos idosos e as quedas, foi realizada uma aproximação de métodos à luz do conceito de estressores proposto por Betty Neuman. Assim, estressor está sendo concebido como a condição capaz de gerar desequilíbrio no sistema de energia do indivíduo, atuando sobre as linhas flexíveis, de defesa normal ou de residência, a ponto de afetar uma ou várias de suas variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) advindas das origens intrapessoal (causas internas ao indivíduo), interpessoal (produzida pela relação dele com outra pessoa) e transpessoal (advinda da relação dele com o contexto ambiental). A partir dessa visão, o enfermeiro pode ter um olhar direcionado ao indivíduo, permitindo uma atuação segura e efetiva, focada na prevenção, redução dos estressores, auxiliando a construir novas formas de enfrentamento diante de situações estressoras⁽¹⁰⁾. A utilização da Teoria das Representações Sociais (TRS) se justifica na medida em que a queda se mostra um evento que torna o idoso vulnerável à morbimortalidade e evento passível de ser apreendido e compartilhado pelos atores sociais, a ponto de possibilitar a construção de imagens culturalmente consensualizadas⁽¹¹⁻¹³⁾.

Justifica-se a realização deste estudo por atender às diretrizes da agenda de pesquisa⁽¹⁴⁾ no que tange à abordagem aos idosos no processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido^(1-2,4)

na perspectiva destes atores sociais; pelo impacto do elevado índice de quedas em idosos sobre a morbimortalidade e QV^(4,6); pelo perfil de idosos quanto ao número de doenças, número de remédios e deterioração musculoesquelética predispor ao evento de quedas^(1,6).

OBJETIVO

Avaliar a QV dos idosos compreendendo as representações sociais sobre quedas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu aos critérios éticos e legais exigidos para pesquisas que envolvam seres humanos. Obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por código numérico contendo três dígitos, sendo previamente informados dos objetivos do estudo e externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de pesquisa de método misto do tipo paralelo convergente⁽¹⁵⁾, que utilizou a triangulação concomitante a partir de duas abordagens (estudo seccional descritivo e abordagem estrutural da TRS)^(11-13,16-17), estruturadas de acordo com o protocolo *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018⁽¹⁸⁾. Foi realizado no período de abril a setembro de 2018, que, ao agregar distintas abordagens metodológicas, permite que os resultados converjam para explicar o fenômeno da queda em idosos.

O cenário de investigação foi a área coberta por uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em uma cidade de Minas Gerais, que possuía 563.769 habitantes, sendo aproximadamente 15% idosos, cujos critérios de elegibilidade do cenário foram: ser Unidade de Estratégia de Saúde da Família com cadastro no sistema eletrônico e-SUS; ter população de idosos significativa; ter programas voltados às pessoas idosas, evidenciado pela execução de um projeto que atende pessoas acamadas e de difícil locomoção; valorizar o vínculo com o ensino e pesquisa.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Para a abordagem quantitativa, foi utilizada amostra aleatória por conglomerado em dois estágios: 1) sorteio aleatório de pessoas idosas moradoras da área geográfica circunscrita à abrangência da UAPS (N= 602); 2) sorteio aleatório de subgrupo de idosos que integravam uma lista de pessoas atendidas em projetos de pesquisa e extensão (n= 250). O cálculo amostral foi baseado no tamanho do efeito médio, α de 0,05 e β de 0,80, perfazendo 134 participantes. Não foi prevista reposição das perdas. Para a abordagem qualitativa, foram adotados os parâmetros preconizados para estudos que utilizam a abordagem estrutural da TRS, ou seja, não inferior a cem participantes⁽¹⁹⁾. Houve a conciliação dos dois critérios, o que permitiu estimar a amostra em 134 participantes.

Foram critérios de elegibilidade: ter idade ≥ 60 anos e estar incluído em projeto de extensão direcionado a pessoas acamadas e com dificuldade de locomoção adstritas a uma área de abrangência da UAPS, apresentando capacidade verbal e mental compatível com a realização de uma entrevista individual. Foram excluídos os idosos não encontrados após três visitas à residência, aqueles que tinham idade compreendida entre 60 e 79 anos, que não integravam o projeto de extensão e os que estavam afastados para tratamento de doença ou que evoluíram para óbito durante a coleta de dados.

Os potenciais participantes, em seus domicílios, foram convidados, individualmente, pelas investigadoras acompanhadas do agente de saúde da UAPS a integrar a investigação. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, houve 34 perdas justificadas por: óbito (4), recusa (12), não encontrados (11), comprometimento verbal e/ou mental (6) e desistência (1). Não houve previsão de reposição de perdas, perfazendo 100 participantes.

Processo de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi estruturado em: caracterização dos participantes (gênero, idade, cor de pele autodeclarada, estado civil, presença de filhos, escolaridade, aposentadoria e ocorrência de queda); a Técnica de Associação Livre de Palavras, método fundamentado na psicanálise, permitindo acessar conteúdos, comportamentos e informações que integram a vida psíquica dos participantes que podem ter sido bloqueadas da consciência por mecanismos de autoproteção^(13,17,19); questionário estruturado abordando fatores que indicavam fragilidade e risco para queda (idade ≥ 80 anos, comorbidades, medicamentos em uso, internação ou alta hospitalar recente, instabilidade para locomoção, necessidade de auxílio para atividades diárias, fraturas osteoporóticas, insuficiência familiar, imobilidade, incontinência urinária ou fecal e incapacidade cognitiva); questionário *Medical Outcome Study 36 – short-form health survey (SF-36)*⁽²⁰⁾.

Quatro entrevistadores, previamente treinados para realizarem entrevistas individuais domiciliares com privacidade e adequação da linguagem à pessoa idosa, tiveram como respondentes os próprios participantes, e as informações foram corroboradas por familiar/acompanhante, quando presentes, sendo realizados registros cursivos em impressos no momento da entrevista, visando reduzir o viés de informação ou registro. O processo de coleta de dados ocorreu em um único encontro, sendo a abordagem qualitativa precedida à qualitativa para evitar viés de informação.

Para a realização da abordagem estrutural da TRS, pediu-se aos idosos que evocassem as cinco primeiras palavras que lhes viessem à mente após ser mencionado verbalmente o termo indutor “cair”^(13,17,19). Na abordagem estrutural, as palavras evocadas foram registradas, cursivamente, na ordem em que foram mencionadas. Nenhum dos participantes deixou de evocar ao menos uma palavra, sendo o mínimo de palavras evocadas, uma e o máximo cinco.

O questionário SF-36, instrumento originalmente em inglês, traduzido para o português, contém 36 questões fechadas, abrangendo oito componentes: capacidade funcional; aspectos físicos; aspectos sociais; aspectos emocionais; dor; estado geral da saúde; vitalidade; saúde mental. A QV foi classificada em: ruim (0), regular (1 a 25), boa (26 a 60), muito boa (61 a 84) e excelente (84 a 100)⁽²⁰⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados quantitativos (caracterização e estudo seccional) foram analisados no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, sendo tratados por estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e correlacional (associação entre variáveis de exposição e desfecho para valor de $p \geq 0,05$).

As palavras-expressões evocadas foram tratadas pela análise prototípica após passarem pela técnica de dicionário segundo critérios lexicográficos e semânticos. Houve a estruturação dos conteúdos evocados para o formato do programa *Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (Evoc)*^(13,16-17,19), sendo criado o quadro de quatro casas onde os cognemas foram alocados em quatro quadrantes seguindo os parâmetros de frequência e ordem de evocação (frequência mínima 12 e frequência intermediária: 20 e *rang* 2,7). Foram obtidas 408 palavras-expressões evocadas, sendo 146 delas distintas, sendo adotado 42,9% do *corpus* segundo a Lei de Zipf.

Nos quatro quadrantes se alocam: 1) possível núcleo central (Quadrante Superior Esquerdo - QSE) - cognemas emitidos com maior frequência, mais prontamente, ou seja, menor *rang* e menor Ordem Média de Evocação (OME) retratando conteúdos consensualizados entre os atores sociais; 2) área de contraste (Quadrante Inferior Esquerdo- QIE) - cognemas mencionados mais prontamente e em menor frequência, ou seja, OME baixa e frequência baixa; 3) primeira periferia (Quadrante Superior Direito - QSD)- cognemas mencionados com maior frequência e maior OME, ou seja, mais tardiamente; 4) segunda periferia (Quadrante Inferior Direito- QID) - cognemas emitidos tardiamente (OME maior) e menos frequentemente, o que retratava vivências pessoais^(13,16-17,19).

Procedeu-se o tratamento da análise de similitude, utilizando o programa IRAMUTEQ, versão 0,7 alfa 2, para identificar as coocorrências dos cognemas que, simultaneamente, foram mencionados com maior frequência pelos sujeitos sociais. Os parâmetros de cálculo utilizados foram o índice de proximidade (variabilidade: 0-1), viabilizado pela construção da árvore em comunidade e foco que retratam as ligações em apresentação dinâmica segundo *layout* de Fruchterman-Reinglod, expresso por um grafo que incluiu todos os conteúdos do *corpus* advindos da técnica de dicionário de palavras⁽²¹⁾.

A análise dos resultados da abordagem qualitativa foi baseada na Teoria Geral das Representações Sociais^(11,17) e na Teoria do Núcleo Central^(12-13,16,19), sendo triangulada com os resultados da abordagem quantitativa e discutida à luz de evidências científicas. Cabe acrescentar que foram atendidos os seguintes passos: 1. Redução dos dados; 2. Mostra dos dados; 3. Transformação dos dados; 4. Correlação dos dados; 5. Consolidação dos dados; 6. Comparação dos dados; 7. Integração dos dados⁽¹⁵⁾. Foi apresentado um quadro sintetizando os achados das duas abordagens, mostrando suas relações, congruências e convergências.

RESULTADOS

O perfil dos participantes foi feminino (76%), com idade ≥ 75 anos (51%), brancos (72%), tendo companheiro (42%), com filhos (89%), baixa escolaridade (78%) (≤ 5 anos de estudo) e aposentados ou pensionistas (78%). A queda esteve presente em 32% dos participantes ($n=32$).

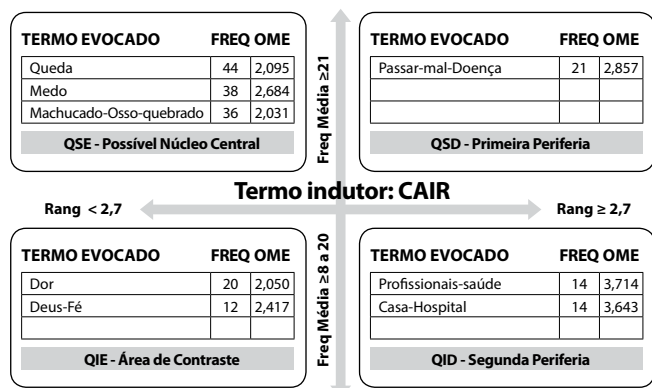
Tabela 1 – Associação entre fatores de risco e quedas nos participantes, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=100)

Fatores de risco para queda	Queda n (%)	Sem queda n (%)	Valor de p
Com companheiro(a)			
presente	14 (14)	47 (47)	0,02
ausente	18 (18)	21 (21)	
Maior de 80 anos			
presente	16 (16)	20 (20)	0,045
ausente	16 (16)	48 (48)	
Necessita auxílio nas atividades diárias			
presente	24 (24)	16 (16)	0,000
ausente	8 (8)	52 (52)	
Incontinência fecal			
presente	6 (6)	5 (2)	0,007
ausente	26 (26)	66 (66)	
Instabilidade para locomoção			
presente	25 (25)	25 (25)	0,000
ausente	7 (7)	43 (43)	

Tabela 2 – Frequência obtida do questionário de qualidade de vida Short Form-36, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=100)

Pontuação obtida	Categorias da Escala de Qualidade de Vida SF-36							Saúde mental
	Capacidade funcional	Físico	Dor	Estado geral	Vitalidade	Social	Emocional	
Ruim	19%	48%	4%	1%	2%	5%	36%	0%
Regular	33%	12%	8%	4%	13%	11%	0%	7%
Boa	34%	6%	41%	84%	73%	22%	10%	52%
Muito boa	6%	4%	24%	8%	7%	38%	9%	34%
Excelente	8%	30%	23%	3%	5%	24%	45%	7%

Os fatores de risco para queda, que demonstravam fragilidade nos idosos, foram idade ≥ 80 anos (36%), mais de cinco comorbidades (38%), polifarmácia (cinco ou mais medicamentos em uso) (61%), internação frequente (21%), alta hospitalar recente (20%), instabilidade para locomoção (50%), necessidade de auxílio para atividades da vida diária (40%), fraturas osteoporóticas (32%), insuficiência familiar (30%), imobilidade (15%), incontinência urinária (17%), incontinência fecal (8%) e incapacidade cognitiva (10%). Cinco variáveis foram identificadas como sendo estatisticamente significativas (valor de $p \leq 0,05$) (Tabela 1).



Nota: FREQ: frequência; OME: ordem média de evocações; RANG: valor de ordem média de evocações; QSE: quadrante superior esquerdo; QSD: quadrante superior direito; QIE: quadrante inferior direito; QID: quadrante inferior direito.

Figura 1 – Quadro de quatro casas com o termo indutor “cair”, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=100)

Na avaliação da QV, os resultados foram analisados por cada categoria da escala. Foram classificados como boa QV a capacidade funcional (34%), dor (41%), estado geral (84%), vitalidade (73%) e saúde mental (52%). A QV no aspecto físico foi classificada como ruim (48%), no aspecto social, como muito boa (38%) e no aspecto emocional, como excelente (45%). Os maiores prejuízos na QV estiveram nos aspectos da capacidade física, físico e emocional. No geral, os idosos se concentraram mais na classificação de boa QV (Tabela 2).

A abordagem estrutural da TRS permitiu obter o seguinte quadro de quatro casas desencadeado pelo termo indutor “cair” (Figura 1).

No QSE, possível núcleo central, estão alocados os cognemas *queda*, *medo* e *machucado-osso-quebrado*, retratando as dimensões objetiva, comportamental/atitudinal e comportamental/atitudinal respectivamente, vinculando a *queda* ao *medo* e a possibilidade de se machucar e quebrar osso. Na área de contraste consta a dimensão objetiva expressa pela

dor e pelo vínculo à crença em *Deus-fé*. Na primeira periferia, o cognema *passar-mal-doença* remete à dimensão comportamental/atitudinal como causa ou consequência que a vincula à queda. Na segunda periferia, os cognemas *profissionais-saúde* e *casa-hospital* remetem à rede de apoio profissional e institucional que recorrem por ocasião da queda. Cabe mencionar que o cognema *casa-hospital* vincula um dos locais de ocorrência da queda com o local de tratamento (Figura 2).

Por se tratar de um estudo de método misto, consta, a seguir (Figura 3), a síntese das análises sintetizando a convergência das abordagens qualitativa (abordagem estrutural da TRS), quantitativa (estudo seccional) e do conceito de estressores de Betty Neuman.

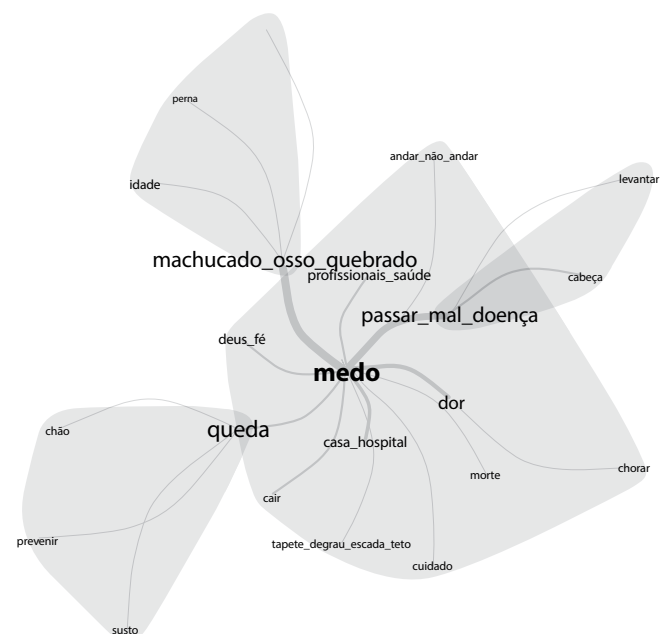


Figura 2 – Grafo de árvore de similitude utilizando coocorrência de cognemas evocados a partir do termo indutor “cair”, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=100)

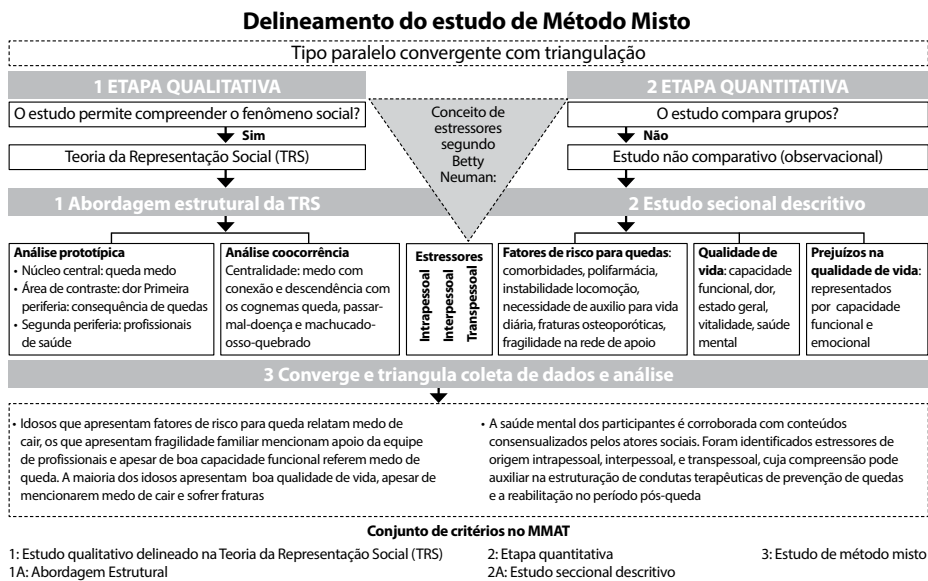


Figura 3 - Síntese dos resultados do estudo de Método Misto com explicitação da convergência e triangulação de dados e análise, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2019 (N=100)

DISCUSSÃO

O perfil feminino, apresentado pelos idosos, mostra o processo de feminização que vem acontecendo essa população. Uma das razões que ajudam a entender o menor número de homens idosos e sua menor expectativa de vida em relação às mulheres é o estereótipo da fragilidade^(1,5). O aumento da idade pode ser percebida pelos homens como ameaçadora por remeter à finitude da vida a ponto de constituir um estressor de origem cronológica-biológica capaz de impactar sobre as variáveis psicológicas, socioculturais e espirituais, desequilibrando as linhas de defesa flexíveis⁽¹⁰⁾.

A análise dos cognemas alocados no possível núcleo central (QSE), foram *queda*, *medo* e *machucado-osso-quebrado*. O cognema *queda*, na análise das coocorrências de cognemas, se vincula ao *medo*, retratando a função justificatória na medida em que explica condutas e posicionamentos que são incorporados ao cotidiano dos atores sociais. Embora com vínculos consistentes entre os cognemas *medo* e *queda*, eles derivam de situações distintas, a saber: a queda deriva do próprio conceito de ir ao *chão* por um deslocamento não intencional, para o *susto* que este evento gera e para a necessidade de preveni-lo. Percebe-se que as consequências da queda estão presentes no cotidiano dos idosos, como as fraturas que representam 70% das mortes acidentais em idosos com idade maior que 75 anos^(3,22).

Por outro lado, o medo remete ao fato de andar-não andar, de o evento poder ter como desfecho a morte, o surgimento da *dor* e o comportamento de *chorar*, da necessidade de receber *cuidado* e procurar uma rede de apoio profissional (*profissionais-saúde*) e institucional (*casa-hospital*), de recorrer a sua crença (*Deus-fé*) e de alguns possíveis fatores desencadeadores da queda, a exemplo do *tapete-degrau-escada-teto*. A função identitária, nesse contexto, permite identificar o grupo social investigado como estando vulnerável a esse evento^(12,16-17). Há evidências de que quedas anteriores, problema de equilíbrio e caminhada sejam fortes preditores para a queda em pessoas idosas⁽²²⁾.

Os idosos longevos, maiores de 80 anos, são mais propensos a sofrer quedas, tendo uma prevalência significativamente maior da ocorrência desse evento⁽²³⁾, fato corroborado pelos dados da presente investigação (valor de $p \leq 0,045$). Em um estudo de método misto, constatou-se, em idosos coreanos, que condições como função física reduzida, valoração sobre mudança da rede de apoio social, ansiedade, restrições para aceitação, enfrentamento e manejo da doença eram fatores de impacto sobre a saúde e a QV⁽²³⁾. O medo, nesse contexto, consiste em um sentimento que pode estar presente tanto no idoso que já sofreu uma queda como naquele que nunca caiu. Mesmo sem sofrer a queda, o idoso tem o medo de

que ocorra aquele evento por observar as suas consequências em outros indivíduos⁽²⁴⁾.

Os ambientes domiciliar e peridomiciliar, com o passar dos anos, podem se mostrar inseguros e ameaçadores para a pessoa em processo de envelhecimento, principalmente tendo em vista que, com o passar dos anos, os idosos se percebem como indivíduos mais frágeis e propensos à queda⁽³⁻⁶⁾.

O medo, nesse sentido, pode se traduzir como um estressor de origem intrapessoal e extrapessoal⁽¹⁰⁾ que se manifesta pela inquietação que antecede o momento de uma queda, ainda imaginária, gerando expectativa, ansiedade no idoso e uma espera indesejada do momento da queda, como se esse evento fosse acontecer inevitavelmente. Há evidência de que o medo de cair se relaciona positivamente com a ocorrência de queda, podendo ser visto como preditor desse evento^(3,5-7,9).

O cognema *machucado-osso-quebrado* retrata a função de saber. Essa função permite explicar o que a queda pode gerar para o idoso. O cognema *queda*, por sua vez, remete às funções de saber, identitária e de orientação^(12,16-17) na medida em que contribui para explicar uma ocorrência que impacta a morbimortalidade a ponto de comprometer o estilo de vida. Além disso, esse cognema retrata como o aumento dos anos os tornam vulneráveis à queda, explicitando o filtro que os idosos utilizam para ver seu cotidiano a ponto de direcionar suas preocupações para a possibilidade da queda. Sofrer uma fratura pode significar, para esse idoso, a perda ou redução da sua autonomia, que, como discutido, influencia diretamente na redução da QV. Há evidências que condições como idade avançada, sintomas depressivos, baixa renda, má qualidade do sono estiveram significativamente associados à baixa QV e que a restrição no apoio social, o número de quedas prévias e a dor para caminhar podem comprometer a reintegração do idoso ao seu contexto^(5,24-26). Tais condições constituem um potencial estressor de origem intrapessoal, interpessoal e extrapessoal⁽¹⁰⁾ que podem justificar um embotamento e um retraimento psíquico⁽⁸⁾ capaz de impactar sobre as relações interpessoais⁽²⁶⁾.

Cabe mencionar que, os termos evocados no possível núcleo central deste estudo, confirmam os achados de outra investigação, que apresentou cognemas semelhantes no possível núcleo central, como *medo* e *machucado-osso-quebrado*^(3,6).

Identificou-se, na amostra, mais de um terço apresentando idade superior a 75 anos e poucos anos de estudo, variáveis que predispoem o indivíduo a um aumento da fragilidade e do grau de dependência⁽²⁷⁾, embora essas variáveis não tenham mostrado significância estatística para o grupo investigado. Os idosos, em geral, possuem, no decorrer da sua vida, perdas na capacidade funcional e no aspecto físico, como redução da mobilidade, dificuldade de equilíbrio e redução da força, o que pode torná-los mais restritos e dependentes. Um estudo⁽²⁸⁾ semelhante realizado com idosos avaliando QV identificou maiores déficits em aspectos físico, emocional e capacidade funcional.

Outro fator identificado foi o grau de dependência representado por redução das atividades diárias, sendo a necessidade de auxílio nas atividades diárias um fator estatisticamente significativo no grupo investigado (valor de $p \leq 0,000$). O aumento da dependência no idoso se relaciona com as mudanças fisiológicas advindas do processo de envelhecimento como redução do tônus muscular, dificuldade na marcha e perdas na acuidade visual^(2,29). A ambiguidade entre precisar e reconhecer a necessidade de uma pessoa para suprir seus cuidados e a tentativa de buscar de forma autônoma atender às próprias demandas podem gerar ameaças à saúde, retratando a presença de estressores de origem interpessoal capazes de afetar as linhas (flexível, de defesa ou resistência) do sistema energético⁽¹⁰⁾.

O cognema *passar-mal-doença*, alocado na primeira periferia, remete a duas funções. A primeira é a função de saber que retrata as informações e conhecimentos que os atores sociais acessam cognitivamente, possibilitando-os explicar a ocorrência da queda e a segunda função é a justificatória que possibilita explicar e justificar a presença do medo e do fato de se machucar e quebrar osso^(12,16-17). A análise de coocorrência (Figura 2) possibilita identificar que o cognema *passar-mal-doença* possui como derivação a preocupação de *se levantar* após a queda e a possibilidade de trauma na *cabeça*, estrutura corporal que é percebida pelos atores sociais como situação com potencial de gravidade.

A reunião das informações dos atores sociais anteriormente mencionadas, quando aproximada das fornecidas pela maioria dos idosos a respeito da polifarmácia na sua rotina é corroborada por evidências. Essas evidências interpretam o uso de diversos medicamentos, vinculando a um número elevado de comorbidades, em especial as doenças crônicas de alta prevalência na população idosa^(2,30-31), tornando-os susceptíveis a interações medicamentosas, desencadeadoras da hipotensão e da sonolência, que comprometem os reflexos e outras condições que são fatores preditores para as quedas⁽²³⁻³²⁾. Essas são situações que evidenciam estressores de origem interpessoal⁽¹⁰⁾.

Tais evidências são corroboradas entre os atores sociais investigados explicando porque o cognema *machucado-osso-quebrado*, alocado no possível núcleo central (QSE), remete, na análise da coocorrência, à idade, ao local em que há a fratura (*perna*) e ao sentimento desencadeado por uma fratura nessa fase da vida (*triste*). O fator emocional no idoso tem grande relevância e influência a QV, e a inserção desse indivíduo em atividades de lazer e convívio social favorece o aumento da capacidade cognitiva e a melhora da QV⁽²³⁻²⁵⁾.

Em relação aos aspectos emocionais da QV, uma parcela significativa dos idosos foi classificada com uma QV ruim, enquanto que uma quantidade semelhante de participantes foi descrita com QV excelente^(24,33). A autopercepção das habilidades, das limitações e do contexto social constituem estressores de origem intrapessoal e extrapessoal na medida em que as pessoas idosas necessitam adaptar o ambiente e a rede de apoio que dispõem⁽¹⁰⁾. Esse fato foi evidenciado em um estudo⁽²⁶⁻²⁸⁾ realizado com idosos, no qual observou-se associação positiva entre a QV e a presença da rede de apoio ao idoso. Há evidências sobre o fato de que a rede de apoio favorece o suporte emocional e afetivo do indivíduo, proporcionando a valorização de si, e as relações presentes na rede funcionam como amenizadores de eventos negativos, melhorando o bem-estar do idoso e a sua QV⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Na articulação dos elementos intermediários da área de contraste com a primeira periferia, estiveram presentes os termos *dor*, *Deus-fé* e *passar-mal-doença*. Esses dois quadrantes se relacionam com o núcleo central, manifestando experiências passadas e conhecimentos referentes ao termo indutor. Percebeu-se que, mais uma vez, os cognemas fazem referência às consequências da queda, como a dor, a lesão e o sentimento de possuir um agravo à saúde. Tal fato retrata as dimensões comportamental/atitude e objetivo, remetendo à função justificadora^(12,16-17) da queda na medida em que os atores sociais explicam o adoecimento ou o fato de passarem mal quando lhes acontece a queda, justificando a presença da *dor* enquanto uma manifestação indesejável da queda⁽⁹⁻¹¹⁾.

Um estudo⁽³⁶⁾ feito com idosos mostrou que 52% dos participantes haviam sofrido quedas, tendo como consequências feridas e contusões, juntamente com a sensação de dor. A presença de dor e limitação, causadas por lesões, podem provocar redução da autonomia por aumento da dependência para a realização de atividades da vida diária. Tal fato retrata a presença de estressores interpessoais⁽¹⁰⁾.

Na área de contraste esteve presente o cognema, *Deus-fé*, que remete à espiritualidade, explicitando a presença da função orientadora do conteúdo representado a ponto de nortear comportamentos de busca por proteção em Deus e permitindo acessar a fé como uma estratégia para a autoproteção⁽³⁶⁾. Um estudo⁽³⁵⁾ mostra que a fé cria uma sensação de proteção e acolhimento divino que ajudam a superar situações adversas do cotidiano. A evocação desse termo nos mostra como o evento de queda é importante na vida do idoso, de forma que esse sinta a necessidade de buscar ajuda espiritual para a sua recuperação ou proteção. Esse apoio espiritual proporciona o sentimento de bem-estar e gera esperança, sendo uma boa forma de enfrentamento que auxilia na manutenção da QV⁽⁴⁻⁶⁾. Há estudo que evidencia a correlação positiva entre espiritualidade e elevação nos indicadores de saúde⁽³⁶⁾. O apoio de práticas e recursos para atendimento das necessidades espirituais, nesse contexto, pode constituir uma estratégia para reduzir estressores e auxiliar no reequilíbrio do sistema energético⁽¹⁰⁾.

Os elementos presentes na segunda periferia foram *profissionais-saúde* e *casa-hospital*, podendo traduzir experiências individuais, uma vez que foram mencionadas com menor prontidão e em uma frequência menor. É possível que, ao externarem os dois primeiros cognemas, os indivíduos estejam se referindo a histórias vivenciadas por eles. Essas vivências podem tanto ser a ocorrência de queda em si como com alguém próximo, mas que tenha lhe

afetado de alguma forma. Esses cognemas se relacionam com o tratamento de saúde, retratando a função justificatória e de saber na medida em que os atores sociais apresentem os locais e pessoas que acessam quando lhes advêm o evento da queda^(2-3,8-9), e se explica pelo elevado índice de internação decorrente das quedas^(2,8).

A análise da conexidade e coocorrências de cognemas evocados permitiu identificar quatro cognemas em destaque: *medo*, *queda*, *machucado-osso-quebrado* e *passar-mal-doença* (Figura 2), corroborando evidências da literatura que apontam ser o medo preditor para queda^(2,7,37) e revelando que os atores sociais ligam o local do evento da queda (*casa*) com o local que lhes servem de rede de apoio institucional para tratamento (*hospital*) quando possuem *machucado-osso-quebrado* ou sentem *dor*. Cabe acrescentar que *passar-mal-doença* corrobora a informação da presença de mais de cinco comorbidades, polifarmácias e incontinência fecal, que foi identificada como sendo estatisticamente significativa (valor de $p \leq 0,007$), principalmente quando o idoso apresenta instabilidade para locomoção (valor de $p \leq 0,000$).

Uma revisão sistemática com meta-análise, que incluiu estudos randomizados ou quase-experimentos, objetivando determinar o efeito de atividades físicas sobre o medo de pessoas com mais de 65 anos caírem, mostrou-se eficaz em períodos inferiores a seis meses, mostrando um efeito de pequena a moderada intensidade e evidenciando uma lacuna que requer aprofundamento devido à ocorrência de possíveis vieses⁽³⁸⁾.

Ao fazer uma aproximação entre os achados da presente investigação com o profissional de enfermagem, que integra o cuidado à pessoa idosa no nível de Atenção Primária à Saúde, foi possível identificar estressores de origem intrapessoal, interpessoal e transpessoal, ressaltando a importância de sua inserção na prevenção de quedas e a reabilitação no período pós-queda^(3,9,30), com possibilidade de atuar nos três níveis de atenção previstos por Neuman⁽⁶⁾.

A linha de ação primária prevê o reconhecimento precoce dos mecanismos estressores aos quais o idoso está exposto, buscando neutralizá-los de forma que não interfiram no indivíduo. A prevenção das quedas deve ser realizada, especialmente, na Atenção Primária à Saúde, onde o acompanhamento dos idosos permite a identificação daqueles com maior fragilidade e risco para quedas. Nesse processo, a visita domiciliar se mostra uma maneira importante de identificação dos riscos ambientais e fragilidades aos quais o idoso está exposto^(6,10).

No nível secundário, a queda e o conseqüente prejuízo na QV já podem estar instalados. Nesse momento o profissional deve criar metas juntamente com o idoso, visando amenizar os sintomas presentes e o restabelecimento da sua saúde^(10,32). Por fim, no nível terciário, o idoso irá realizar o tratamento indicado e a enfermagem atuará garantindo o bem-estar e a promoção de saúde, antevendo agravos no processo de recuperação do idoso e promovendo educação em saúde com a sua família.

Limitação do estudo

Os critérios de seleção dos participantes podem ter sido um fator limitador da pesquisa por serem selecionados entre os idosos que já possuíam um risco aumentado de agravos à saúde, resultando em prejuízos na QV, corroborados por alguns resultados obtidos na literatura. Outro fator limitador é a impossibilidade de generalização das conclusões dos achados qualitativos advindos da TRS para grupos socialmente distintos, embora traga importantes reflexões e contribuições para o estudo sobre quedas em idosos.

Contribuições para a área da enfermagem

Pôde-se verificar que a QV dos idosos apresentou maior prejuízo nos aspectos físicos e capacidade funcional, o que nos alerta para a identificação da causa de tais estressores e a necessidade de empenhar ações de prevenção e manutenção da vida do idoso nesses domínios. Compreender onde se encontram os maiores déficits na QV e o impacto na vida do idoso permite à enfermagem realizar ações assertivas, contribuindo para o planejamento do cuidado. A enfermagem, assim, se torna cada vez mais protagonista na prevenção de agravos à saúde em especial na prevenção de quedas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral, a QV se mostrou positiva nos idosos com a maioria dos aspectos na classificação boa. No entanto, vale ressaltar que os prejuízos na QV estiveram mais evidentes nos aspectos da capacidade física, físico e emocional, que podem contribuir para a incidência de quedas.

A evocação de diversos termos relacionados à queda nos mostra que esse evento está próximo do idoso, porém nos preocupa perceber que não houve cognemas relacionados à prevenção das quedas, mas que a maioria retratava sentimentos negativos. Condições de vulnerabilidade no idoso, como ser longevo, necessitar de auxílio para atividades diárias e instabilidade para locomoção se constituem como potenciais estressores que podem impactar significativamente a QV do idoso.

A rede de apoio e o apoio espiritual são ferramentas de enfrentamento que podem auxiliar na manutenção da QV. Nesse contexto, o enfermeiro possui papel fundamental no cuidado do idoso, visando à prevenção de quedas e à manutenção da QV, pensando na redução de estressores intra, inter e extrapessoais. A compreensão das demandas individuais do idoso permite o planejamento de ações.

FOMENTO

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Universidade Federal de Juiz de Fora.

REFERÊNCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444) [Internet]. New York: 2020 [cited 2020 Aug 08]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf

2. Kehler DS, Theou O, Rockwood K. Bed rest and accelerated aging in relation to the musculoskeletal and cardiovascular systems and frailty biomarkers: a review. *Exp Gerontol*. 2019;124:110643. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2019.110643>
3. Guirguis-Blake JM, Michael YL, Perdue LA, Coppola EL, Beil TL, Thompson JH. Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: a systematic review for the u.s. preventive services task force[Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 [cited 2020 Aug 08]. Report No.:17-05232-EF-1.PMID: 30234932. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30234932/>
4. Melo LD, Arreguy-Sena C, Gomes AMT, Parreira PMD, Pinto PF, Rocha JCCC. Representações sociais elaboradas por pessoas idosas sobre ser idoso ou envelhecido: abordagens estrutural e processual. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769238464>
5. Gullich I, Cordova DDP. Falls in the elderly: a population-based study. *Rev Soc Bras Clin Med [Internet]*. 2017 [cited 2020 Mar 25];15(4):230-4. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877065/154230-234.pdf>
6. Santos JDC, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Pereira EDP, Alves MDS, Loures FB. Representação social de pessoas idosas sobre quedas: análise estrutural e à luz de Neuman. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:851-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0258>
7. Clark BC. Neuromuscular changes with aging and sarcopenia. *J Frailty Aging*. 2019;8(1):7-9. <https://doi.org/10.14283/jfa.2018.35>
8. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Verté D. The association between frailty and quality of life when aging in place. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;85:103915. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103915>
9. Souza AQ, Pegorari MS, Nascimento JS, Oliveira PB, Tavares DMDS. Incidence and predictive factors of falls in community-dwelling elderly: a longitudinal study. Incidência e fatores preditivos de quedas em idosos na comunidade: um estudo longitudinal. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(9):3507-3516. Published 2019 Sep 9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30512017>
10. Neuman B, Fawcett J. *The Neuman Systems Model*. 5th ed. São Paulo: Pearson; 2011. 425 p.
11. Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em psicologia Social*. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2015. 408p.
12. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. 13 ed. México, DF: Ediciones Coyoacán. 2013.p. 240.
13. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2002
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS*. Brasília, 2018. 26p.
15. Creswekk JW, Clarck VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. Third Edition. Thousand Oaks, Estados Unidos: SAGE; 2017. 520 p
16. Sá CP. *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015. 458p.
17. Wolter R. Structural approach: theory and method. *Psico-USF*. 2018;23(4):621-31. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230403>
18. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inform*. 2018;34(4):285-91. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
19. Wachelke J, Wolter R, Rodrigues Matos F. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liber*. 2016;22(2):153-60. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n2.03>
20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol [Internet]*. 1999 [cited 2020 Mar 25];39(3):143-150. Available from: https://www.researchgate.net/publication/279904628_Brazilian-Portuguese_version_of_the_SF-36_A_reliable_and_valid_quality_of_life_outcome_measure.
21. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado DCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui Prát Psicossoc [Internet]*. 2020[cited 2020 Mar 25];15(2):e3283. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pppv/v15n2/15.pdf>
22. Barbosa TA, Souza AMF, Leme FCO. Perioperative complications and mortality in elderly patients following surgery for femoral fracture: prospective observational study. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69(6):569-79. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.09.004>
23. Lee HJ, Yun J. Health-related quality of life in South Korean community-dwelling older adults with multimorbidity: a convergent parallel mixed-methods approach. *Qual Life Res*. 2020;29(3):721-732. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02360-0>
24. Pereira SG, Santos CB, Doring M, Portella MR. Prevalence of household falls in long-lived adults and association with extrinsic factors. *Rev Latino-Am Enferm*. 2017;25:e2900. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1646.2900>
25. Song D, Yu DS, Li PW, He G, Sun Q. Correlates of Health-Related Quality of Life Among Chinese Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Clin Interv Aging*. 2019;14:2205-12. <https://doi.org/10.2147/CIA.S227767>
26. Gilboa Y, Maeir T, Weber A, Maeir A, Rotenberg S. Predictors of community reintegration and quality of life after hip fracture among community-dwelling older adults. *Int J Rehabil Res*. 2019;42(3):234-9. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000355>
27. Moraes EN. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):307-8. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170061>
28. Sousa CMS, Sousa AAS, Gurgel LC, Brito EAS, Sousa FRS, Santana WJ, et al. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. *Rev Multidiscip Psic*. 2019;13(47):320-6. <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.1988>
29. Ermel RC, Caramelo AC, Fraccolli LA, Ortiz FVBC, Zutin TLM, Gianini SHS, et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. *Rev Eletrón Acervo Saúde*. 2017;9(2):1315-20. https://doi.org/10.25248/REAS98_2017

30. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidity, depression and quality of life among elderly people assisted in the Family Health Strategy in Senador Guiomar, Acre, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(9):3077-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>
 31. Araújo Neto AH, Patrício ACFA, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Santos TD, Rodrigues TDB, et al. Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):719-25. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>
 32. Oliveira SLF, Francisco TJ, Santos HM, Cesar AN, Lima PR. Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. *Braz J Health Rev [Internet]*. 2019 [cited 2020 Mar 23];2(3):1568-95. Available from: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1390/1536>
 33. Sousa CMS, Sousa AAS, Gurgel LC, Brito EAS, Sousa FRS, Santana WJ, Vieira PD. Qualidade de vida dos idosos e os fatores associados: uma revisão integrativa. *Rev Mult Psic*. 2019;13(47):320-6. <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.1988>
 34. Coelho FF, Michel RB. Associação entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. *Ciênc Cogn [Internet]*. 2018 [cited 2020 Mar 23];23(1):54-62. Available from: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1349/pdf_100
 35. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *Psicol Saúde Doenças*. 2018;19(3):591-604. <https://doi.org/10.15309/18psd190310>
 36. Silva LB, Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Miranda LCV, Santos RM. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2987. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>
 37. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-Tepavcevic D, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics*. 2017;17(4):215-23. <https://doi.org/10.1111/psyg.12217>
 38. Kumar A, Delbaere K, Zijlstra GA, et al. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2016;45(3):345-52. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw036>
-