

A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos

Falls' problematization and risk factors identification through older adults' narrative

Patricia Morsch¹
 Mauro Myskiw²
 Jociane de Carvalho Myskiw¹

Abstract *Falling is an important event for older adults as they might cause physical and psychological impairment, institutionalization and increased mortality risk. Adherence in falls prevention programs depends on older adults' perceptions in relation to falling. The current study aims to investigate the fall problematization and older adults' perception about the risk factors for falls. This is an exploratory qualitative research, conducted through content analysis approach. The sample consisted of older adults aged 60 years and older who participate in community groups in Porto Alegre (Brazil), and professors from two local universities. Final sample consisted of 22 participants, mean age was 70.2 ± 7.1 . Coding and interpretation of data resulted in two thematic categories, named: falls' problematization and the perception of the risk factors for falling. The first category highlights that many older adults do not realize falling as a potential problem, which suggests that current preventive measures may not be reaching the target population. The second category shows that older adults' perceptions in relation to the risk factors exist, but often they are not avoided, because older adults consider their ability to "take care" as the main method of prevention, and due to the multifactorial nature of falls, this cannot be considered an efficient solution.*

Key words *Aged, Accidental falls, Perception, Qualitative research, Risk factors*

Resumo *A queda é um importante evento para os idosos, podendo levar a problemas físicos e psicológicos, institucionalização e aumento do risco de morte. Objetivo deste estudo foi investigar a problematização da queda e a percepção dos idosos em relação aos seus fatores de risco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através de análise de conteúdo. A amostra foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, participantes de grupos de idosos de Porto Alegre, e professores de duas universidades locais. A amostra final contou com 22 idosos com idade média de $70,2 \pm 7,1$ anos. A codificação e a interpretação dos dados resultaram em duas categorias temáticas: a problematização das quedas e a percepção dos fatores de risco. A primeira categoria destaca que muitos idosos não percebem as quedas como um problema, sugerindo que as ações preventivas podem não estar alcançando a população alvo. A segunda categoria demonstra que os idosos percebem os fatores de risco para quedas, mas muitas vezes eles não são evitados, considerando a sua habilidade de "se cuidar" como método de prevenção.*

Palavras-chave *Idosos, Acidentes por quedas, Percepção, Pesquisa qualitativa, Fatores de risco*

¹ Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga 6681, Partenon. 90619-900 Porto Alegre RS Brasil. patriciamorsch@hotmail.com

² Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

O envelhecimento populacional é um processo mundial que ocorre de forma mais acentuada, atualmente, nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil¹. Em conjunto com essa transição demográfica, ocorre também a epidemiológica, que se traduz num aumento da incidência de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes². Tais doenças, associadas as modificações fisiológicas decorrentes do envelhecimento humano, aumentam o risco de quedas em idosos³.

As quedas, nessa conjuntura, passam a ser eventos preocupantes. No Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem a cada ano e este percentual aumenta para 50% entre aqueles com idade acima de 80 anos^{4,5}. As quedas são caracterizadas pela mudança não intencional de posição do indivíduo para um nível inferior em relação a sua posição inicial, e que não tenha resultado de um fator intrínseco (como um acidente vascular cerebral ou uma síncope) ou de um acidente inevitável⁶.

Elas são geralmente resultado de uma complexa interação entre diferentes fatores de risco que podem ser classificados em três categorias: intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Os fatores de risco intrínsecos incluem as características relacionadas ao próprio idoso, tais como a idade, a capacidade funcional, a presença de doenças crônicas e de distúrbios da marcha. Os fatores de risco extrínsecos são aqueles relacionados ao ambiente no qual o idoso se encontra, e incluem superfícies irregulares, pisos escorregadios, iluminação inadequada, tapetes soltos e escadas sem corrimão. Os fatores de risco comportamentais se referem ao uso e à percepção do espaço em relação à demanda imposta pelo ambiente e a capacidade funcional do idoso⁷⁻⁹. A maioria das quedas nos idosos são causadas pela interação entre diversos fatores de risco¹⁰ e o conhecimento sobre estes é importante para a prevenção¹¹.

Essas informações fazem parte de um amplo campo de pesquisas e preocupações que tomam as quedas em idosos como eventos de enorme relevância para a saúde pública, devido a sua frequência, morbidade e elevado custo social e econômico¹². Além disso, mostram que a prevenção está intimamente atrelada a fatores de riscos, isto é, a elementos que podem promover ou associar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, e não raramente grave, mesmo não sendo necessariamente o fator causal¹³. É nesse contexto que diversas pesquisas procuram identificar os fatores de risco^{5,14,15} com o objetivo de desenvolver programas efetivos de prevenção de quedas em idosos¹⁶⁻¹⁹.

Porém, se por um lado o reconhecimento dos seus riscos e seus fatores determinantes está bem consolidado entre os profissionais da área da saúde, dada a relevância da questão, por outro ainda se observa o desafio no que diz respeito à percepção pelos idosos. Isto porque se estes não forem capazes de perceber suas limitações e os riscos presentes no ambiente em que vivem, provavelmente, não se engajarão em atividades preventivas²⁰. Dentre as barreiras para a adesão nessas atividades, cabe destacar o estigma envolvido na queda e a dificuldade de alinhamento dos objetivos propostos pelos profissionais de saúde com as expectativas dos idosos^{17,21}.

É no âmbito de tais barreiras que o presente estudo se justifica, colocando em questão a percepção dos riscos das quedas pelos idosos. Uma aproximação dessa questão, a título de contextualização do problema, pode ser feita com o trabalho de Peres²², no qual é descrito o fenômeno da invisibilidade perceptiva dos riscos à saúde. Para este autor, as aplicações do conceito de risco por parte dos profissionais parecem estar mais definidas, sendo muito mais difícil obter isso por parte da população “leiga”, cujos saberes diferem em sua origem e construção, sendo, portanto, fundamental investigar como esta população constitui suas noções de riscos frente a questões objetivas reconhecidas como perigosas.

Esse mesmo fenômeno da invisibilidade pode ser verificado nos idosos no que diz respeito às quedas, havendo também um hiato entre a existência e o conhecimento de fatores de riscos e a percepção dos riscos, questão esta que está no cerne da presente investigação. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar como, nas suas narrativas, um grupo de idosos vai percebendo e transformando as quedas num problema para sua saúde e, nisso, como os fatores de riscos passam a se apresentar como informações a serem consideradas no cotidiano de suas vidas.

Método

Para o desenvolvimento desse estudo da percepção foi realizada uma análise qualitativa, buscando nas narrativas dos interlocutores um conjunto de categorias emergentes sobre como eles pensam e descrevem as questões relacionadas às quedas, estas capazes de trazer novos conhecimentos e/ou para lançar hipóteses sobre os riscos das quedas em idosos. Tratou-se, portanto, de uma abordagem analítica qualitativa centrada na narrativa, embasada na teoria fundamentada nos dados

(*Grounded Theory*), cujos resultados podem se mostrar bastante relevantes para a compreensão do fenômeno do engajamento e para a elaboração de programas de prevenção de quedas. Desta forma, foram exploradas informações sobre as experiências dos indivíduos e desenvolvida a sua relação com as teorias e os conceitos já existentes, tendo como objetivo a criação de novas hipóteses, ao invés de testa-las²³.

Participaram da investigação idosos do sexo masculino e feminino, com idade superior a 60 anos de idade, não institucionalizados, da cidade de Porto Alegre (RS) e com habilidade de deambular em posição ortostática, com auxílio ou não de órtese. Este critério de inclusão foi adotado, pois idosos cadeirantes ou acamados apresentam fatores de risco e quedas diferentes daqueles que caminham. A busca por esses interlocutores se deu em dois locais específicos e momentos distintos. Primeiramente, os idosos que frequentavam os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) Leste e Parthenon foram convidados, de forma voluntária, a participar do estudo. Depois de realizadas as entrevistas, detectou-se que estes idosos apresentavam um baixo nível de escolaridade, então a busca por outros com um nível educacional maior foi realizada em universidades, com o intuito de atingir um grupo heterogêneo, conforme se caracteriza essa população. O número reduzido de participantes advindos das universidades se justifica pela falta de novas informações nas narrativas, comparando com as entrevistas realizadas anteriormente nos CRAS, já que o número final de sujeitos da pesquisa foi determinado pela saturação das informações.

Antes de iniciar a entrevista, os idosos realizaram Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreio cognitivo. Foi utilizado o escore proposto por Bertolucci et al.²⁴, o qual considera o nível de escolaridade no resultado final. A pontuação máxima a ser atingida é 30, sendo que o escore aceitável para idosos com quatro anos ou menos de escolaridade é maior ou igual a 17; e, para idosos com mais de quatro anos de estudo, a pontuação esperada é de no mínimo 24. Foram excluídos da pesquisa os idosos que não atingiram o ponto de corte.

O grupo de sujeitos da pesquisa foi formado por vinte e cinco idosos, porém, três foram excluídos por não atingirem o valor esperado no MEEM. Assim, o grupo investigado foi composto por vinte e dois idosos. A coleta dos dados foi conduzida no período de Maio a Novembro de 2014, através de entrevistas semiestruturadas, abordando situações do cotidiano e os co-

nhecimentos dos idosos sobre os fatores de risco para as quedas, experiências prévias e prevenção (questões disponíveis mediante solicitação). As entrevistas foram realizadas “face-a-face”, sendo as narrativas dos interlocutores gravadas em áudio, na íntegra, mediante a sua prévia autorização. Os produtos de tais narrativas registrados no formato digital foram transcritos. No decorrer desta ação, foram produzidos ajustes textuais, atentando para o fato de que tais modificações não alterariam o sentido das afirmações.

Diante do conjunto de dados produzidos, expressados na forma de textos, foi desenvolvido um processo de análise de conteúdo. Optou-se por uma análise temática dos conteúdos, segundo as orientações contidas nos trabalhos de Bardin²⁵ e Minayo²⁶. Dessa forma, a análise foi realizada em três fases, iniciando com a pré-análise, através de uma leitura flutuante dos textos-entrevistas, deixando-se impregnar pelos conteúdos; seguido pelos recortes temáticos, nos quais foram identificadas unidades de significados, cuja presença está relacionada às quedas em idosos; e, por último, a codificação e a categorização, pelas quais as unidades de significado formaram categorias e subcategorias relativas às quedas em idosos^{25,26}.

No processo de categorização foi contabilizada a frequência com que as unidades de significado apareciam em cada subcategoria. Essa informação quantitativa foi tomada como um indicador da importância da categoria nas narrativas dos idosos, ou seja, quanto mais recorrentes as unidades, maior a importância qualitativa da subcategoria na argumentação dos interlocutores a respeito da queda e sua relação com a saúde.

Todos os idosos concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa cumpre integralmente os princípios da Declaração de Helsinki e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Para garantir a confidencialidade, os interlocutores receberam uma codificação conforme a ordem das entrevistas, sendo chamados de entrevistado 1, entrevistado 2 e assim sucessivamente (E1, E2, E3...).

Resultados e discussão

Inicialmente é importante explicitar algumas características dos interlocutores que fizeram parte desta investigação. Os idosos apresentaram média de idade de $70,2 \pm 7,1$, sendo a grande maioria do sexo feminino (20 idosas). Dentre os sujei-

tos, dezoito participavam dos grupos de idosos dos CRAS (E1 a E18) e quatro eram funcionários de universidades (E19 a E22). Dados da caracterização dos participantes do estudo podem ser verificados na Tabela 1.

Em linhas gerais, com exceção do predomínio do sexo feminino, podemos asseverar que o grupo mostra heterogeneidade nos aspectos da moradia, da renda pessoal e dos anos de estudos. Essa configuração heterogênea é importante, uma vez que buscamos trazer para as análises as narrativas de pessoas que contemplassem distintas características.

Com as informações das entrevistas em mãos foi empreendido o processo de análise. Esse processo esteve focado na temática dos conteúdos das narrativas dos idosos e resultou no desenvolvimento de duas categorias de análise em torno das expectativas dos objetivos desta investigação, isto é, sobre se/como eles, no dia-a-dia, passam a identificar as quedas como problema de saúde, isto em relação à constituição da percepção dos fatores de risco associados. Essas categorias apontam para duas questões: uma orientada para se/como as quedas são identificadas enquanto problema no cotidiano das ações e relações sociais, e a outra, para a percepção dos fatores que se configuram como risco para quedas.

Na sequência das análises temáticas dos conteúdos, o propósito foi buscar nas narrativas os fundamentos das duas categorias. E, nesse sentido, emergiram conjuntos de subcategorias que denotam aspectos qualitativos das duas questões. Tanto as categorias, como as subcategorias, estão sintetizadas no Quadro 1.

As categorias trazem, portanto, duas questões enfrentadas pelos interlocutores, uma delas retratando a problematização das quedas no cotidiano e a outra sublinhando a tomada de consciência dos fatores que podem se apresentar como risco para quedas. Para fins interpretativos, essas categorias-questões foram transformadas em seções específicas. Nelas foram apresentados os resultados e a discussão.

Categoria 1: A problematização das quedas

Durante a entrevista, os idosos foram questionados quanto à incidência de queda sofrida. Interessantemente, cinco interlocutores negaram a ocorrência desse tipo de evento, entretanto, no desenrolar do diálogo, acabavam relatando experiências de quedas que, no primeiro momento, pareciam gozar do estatuto de invisibilidade.

A maneira pela qual as quedas vão se transformando num problema digno de prevenção

Tabela 1. Caracterização do grupo de idosos.

Número	Sexo	Idade	Moradia	Renda Pessoal	Anos de Estudo
E1	M	62	Parceira	1.000 – 3.000	5
E2	F	69	Parceiro	1.000 – 3.000	5
E3	F	79	Sozinho	1.000 – 3.000	4
E4	F	60	Familiar	1.000 – 3.000	6
E5	F	72	Sozinho	Até 1.000	7
E6	F	64	Familiar	1.000 – 3.000	3
E7	F	63	Familiar	Até 1.000	5
E8	F	79	Sozinho	1.000 – 3.000	2
E9	F	67	Sozinho	Até 1.000	3
E10	F	69	Parceiro	Até 1.000	7
E11	F	70	Familiar	1.000 – 3.000	> 10
E12	F	83	Sozinho	1.000 – 3.000	4
E13	F	71	Parceiro	Até 1.000	4
E14	F	66	Parceiro	Não possui	4
E15	F	79	Sozinho	Até 1.000	4
E16	F	78	Sozinho	Até 1.000	5
E17	F	79	Familiar	Até 1.000	3
E18	F	62	Sozinho	Até 1.000	8
E19	M	77	Parceiro	Acima 3.000	>10
E20	F	69	Sozinho	Acima 3.000	>10
E21	F	66	Parceiro	Acima 3.000	>10
E22	F	60	Parceiro	Acima 3.000	>10

Fonte: dados dos autores, 2015. M = Masculino / F= Feminino; Moradia = com quem mora.

Quadro 1. Categorias e subcategorias com o número de ocorrências encontrado em cada uma.

Categoria	Subcategorias
Como/se a queda passa a ser identificada como um problema (142)	Reconhecimento da possibilidade de sofrer uma queda e suas consequências (45)
	Aprendizagem Vicária (34)
	Queda prévia e consequências (29)
	Orientações Recebidas (22)
	Orientações Solicitadas (6)
	Quase ter caído (3)
	Comparação com outras faixas etárias (3)
Quais fatores de risco para as quedas são percebidos (170)	Fatores Comportamentais – “Se cuidar” (58)
	Fatores Extrínsecos (58)
	Fatores Intrínsecos (47)
	Multifatorial (7)

Fonte: dados dos autores, 2015.

e cuidado para os idosos é o tema central desta primeira categoria de análise, porque, no diálogo com estes, pode-se perceber que a queda, como fato presente no cotidiano do indivíduo, não parece ser vista como um problema a ser prevenido. As sete subcategorias encontradas descrevem os achados nesse sentido, destacando-se principalmente o *reconhecimento da possibilidade de queda e suas consequências* (45 unidades de significado). Esta subcategoria abrange tudo o que foi relatado sobre o fato de reconhecer que pode cair, sentir medo, ou não, de sofrer uma queda ou, ainda, medo do que elas podem causar na vida do idoso, conforme relatado pelo entrevistado 10: *Tenho muito medo de resvalar no banheiro, deus me livre cair no banheiro, como tenho medo, tomo banho agarrada me segurando*. Outros relatos foram interessantes no que tange às consequências da queda, como neste trecho do entrevistado 19: *Tenho muitíssimo, muitíssimo medo de cair, de bater com a cabeça e não me levantar nunca mais*. Entretanto, muitos relataram não ter medo de cair e, ainda, destacaram que a queda é um evento que qualquer indivíduo pode vivenciar, não a identificando como um problema que pode ter consequências sérias, principalmente para os idosos. Dois relatos que exemplificam bem essa situação foram apresentados pelos entrevistados 7 e 9, respectivamente: *Não tenho medo de cair, nem penso nisso. Se cair tem que levantar* (E7).

Não tenho medo de cair, faz parte da vida (E9). Além disso, ao mesmo tempo em que muitos idosos relataram ter medo de cair, ao que parece, esse sentimento não faz com que eles modifiquem a sua rotina, sugerindo que a manutenção da independência funcional e a realização das atividades, que sempre estiveram presentes no seu cotidiano, são fatores preponderantes para eles, o que muitas vezes pode colocá-los em situação de risco, conforme excerto do entrevistado 6: *Não deixo de fazer nada por medo de cair, porque eu não tenho quem faça as minhas coisas em casa, a máquina lava a roupa, mas eu tenho que estender nos fundos de casa, colocar e tirar do varal, e lá nos fundos é perigoso cair*.

Outra subcategoria importante na problematização das quedas é a *aprendizagem vicária* (34 unidades de significado), na qual o idoso, a partir da observação de outras pessoas que caíram, podendo ser amigos, familiares ou conhecidos, reconhece a queda como um problema, conforme explicitado na fala do entrevistado 1: *Aconteceu com um amigo meu, caiu, bateu a cabeça no chão e deu problema na cabeça*. Vários dos entrevistados identificaram a queda como um problema de saúde quando cuidaram de familiares que sofreram queda com consequências, conforme a fala apresentada pelo entrevistado 10: *A minha mãe caía muito, uma barbaridade, agora ela faleceu. Ela caía muito, tinha doença de Alzheimer, que-*

brou o braço, a perna, colocou prótese, precisava de bengala, andador, e ela não queria utilizá-los. Quando a gente via, ela já estava no chão.

Ainda nesta categoria, destaca-se a *experiência de queda prévia e consequências sofridas* (29 unidades de significado). Nessa subcategoria foram alocados os conteúdos relatados a respeito de quedas sofridas pelo interlocutor, bem como suas consequências na vida dos mesmos. Um desses relatos, que representa bem essa questão, foi apresentado pelo entrevistado 19, ao contar que *Uma vez caí, bati a cabeça e me assustei muitíssimo. Não aconteceu nada, me levantei imediatamente, apenas tive escoriações na testa, o que não é bom;* e pelo entrevistado 2: *Caí e bati o braço, o médico disse que machucou o nervo, fiz 30 [sessões de] fisioterapia e agora só dói um pouquinho de noite.* Vale destacar o fato de os idosos considerarem as quedas como um problema à medida que alguém já a vivenciou, eles mesmos ou conhecidos. O fato é que as atividades preventivas parecem distantes da realidade de entendimento apresentadas pelo idoso, já que a preocupação em cuidar-se, ou prevenir-se das quedas, não é antecipada.

Existem outros fatores que também foram julgados como importantes para a problematização das quedas, porém foram abordados com menor frequência. Essas subcategorias são: *quase ter caído* (3 unidades de significado), conforme o relato do entrevistado 1: *Quase caí na rua, se a minha mulher não tivesse me segurando ia cair de cabeça na beira da calçada, aí já era; comparação com outras faixas etárias* (3 unidades de significado), enfatizando a queda, como um evento ocasional na vida do indivíduo, podendo ocorrer em qualquer fase da vida, independente das consequências que pode causar aos mais velhos. As falas dos entrevistados 11 e 20, respectivamente, explicam bem este fato: *Todo mundo cai, até os jovens* (E11). *Não só para o idoso, mas pra todo mundo, tem aquele negócio de cair* (E20).

Ainda nesta categoria, foi investigado o quanto os idosos aprendem sobre as quedas através de orientações. Essas têm sido representadas nas pesquisas quantitativas como essenciais nos programas preventivos. Sendo assim, duas subcategorias foram criadas, as *orientações recebidas* (22 unidades e significado) e as *orientações solicitadas* (6 unidades de significado). Os relatos sobre as orientações recebidas foram especialmente vinculados à mídia e aos grupos de idosos, o que pode ser exemplificado pelas seguintes falas: *Na TV sempre tem comentários, às vezes alguma reportagem, que as pessoas caem e eles devem colocar*

aqueles 'pegadores' no banheiro, o piso deve ser antiderrapante, tudo isso eles ensinam na TV (Entrevistado 5). *Já recebi orientações quanto à prevenção de quedas no grupo de idosos* (Entrevistado 11).

Em relação às orientações solicitadas, surgiram apenas dois relatos de idosos que pediram informações sobre como prevenir as quedas, como no excerto do entrevistado 19: *Já solicitei orientações de médicos, colegas, outras pessoas idosas.* As demais unidades de significado ressaltam que os idosos nunca pediram este tipo de orientação, conforme dito pelo entrevistado 13: *Nunca perguntei pra ninguém sobre isso.* É importante ressaltar os poucos relatos de orientações recebidas e/ou solicitadas sobre as quedas aos profissionais de saúde e, que entre as orientações recebidas, a mídia, especialmente a televisão, os amigos e os familiares ou os grupos de idosos, foram os mais lembrados. Os profissionais da área da saúde são, acima de tudo, educadores em saúde e, assim, possuem o papel fundamental de auxiliar o idoso na problematização da queda. Este é um ponto crucial a ser desenvolvido com todos aqueles que trabalham com este contingente populacional. Um estudo realizado com cuidadores informais de idosos demonstrou que o conhecimento sobre a prevenção de quedas foi oriundo dos meios de comunicação ou por aprendizagem vicária; apenas 14,6% dos participantes relataram orientações advindas de profissionais de saúde²⁷, resultado que vai ao encontro dos relatos da presente análise.

Ainda, é importante incluir o histórico de queda nas avaliações de rotina dos idosos, para, assim, encaminhá-los para os serviços de prevenção⁹. No Brasil, existe uma forte crença de que as quedas são um acontecimento normal e esperado do envelhecimento e, por isso, muitas vezes são esquecidas durante as avaliações geriátricas e gerontológicas, salvo a presença de uma lesão mais grave decorrente desse incidente²⁸. Segundo o manual de prática clínica para prevenção de quedas em idosos, das Sociedades Americana e Britânica de Geriatria, todos eles devem ser questionados, ao menos uma vez ao ano, sobre a ocorrência de queda, para um rastreamento adequado²⁹. Porém, os estereótipos negativos relacionados às quedas e ao envelhecimento podem fazer com que os idosos rejeitem as informações sobre quedas e sua prevenção³⁰.

Percebe-se, desse modo, que a maioria dos idosos acaba valorizando a queda como um potencial problema de saúde apenas quando a vivenciou de alguma forma, sendo caindo ou observando alguém que tenha caído, levando ao

desenvolvimento do medo de cair. Um estudo sobre a influência das quedas na qualidade de vida dos idosos verificou que 88,5% daqueles que caíram relataram medo de cair novamente e 36% deles afirmaram alguma consequência negativa³¹. Escutar os idosos e suas histórias referentes às quedas pode auxiliar a entender porque as intervenções relacionadas à prevenção de queda nem sempre são realizadas ou mantidas³⁰.

De acordo com os resultados emergentes nesta categoria de análise, os idosos, no cotidiano das relações sociais, podem constituir a percepção das quedas como problemas estruturantes das suas ações diárias a partir de diferentes informações. As subcategorias, em alguma medida, evidenciam que essa mudança da percepção não se fundamenta apenas em um único aspecto. Embora as experiências das quedas sofridas sejam salientes, percebe-se que isso vai ocorrendo na soma ou na articulação de/entre diferentes informações ou experiências (aprendizagens vicárias, o quase ter caído, as comparações, as orientações recebidas ou solicitadas). Esse é um dado – o da multiplicidade de fontes – que se torna bastante relevante para o trabalho nos programas de prevenção, pois indica a necessidade de distintas frentes nos processos de conscientização para que as quedas deixem de figurar como problemas não estruturantes da vida dos idosos e passem a ser percebidas como problemas estruturantes, isto é, dignas de cuidados constantes.

Categoria 2: Quais fatores de risco para as quedas são percebidos

Até aqui, dada a polifonia das fontes de informações a partir das quais se constitui a estrutura de percepção, podemos sustentar que a conscientização da queda-problema está vinculada, não numa lógica de causa-efeito, aos fatores de risco. Nesse sentido é que, com o intuito de aprofundar as análises, procuramos mapear, nos conteúdos das narrativas dos idosos, os fatores identificados como de risco para as quedas. Os questionamentos foram realizados a partir de extensa revisão sobre o tema, utilizando a classificação de fatores de risco conforme a literatura⁷⁻¹⁰. Desta forma, surgiram quatro subcategorias sobre os fatores de risco lembrados pelos idosos.

De acordo com o processo de análise realizado, os *fatores de risco extrínsecos*, subcategoria com 58 unidades de significado, foram os mais descritos pelos idosos como possíveis causadores de queda. Dentro desta subcategoria foram alocados todos os fatores de risco relacionados ao ambiente do idoso, tanto aqueles do domicílio,

quanto da rua. Dentre os fatores mais lembrados, destacaram-se as calçadas esburacadas, o uso de sapatos inadequados, a escada sem corrimão e a presença de tapetes. Porém, pode-se verificar que, muitas vezes, os idosos reconhecem o perigo dos fatores extrínsecos, porém, não adaptam as condições para que as quedas possam ser evitadas, como, por exemplo, no relato do entrevistado 21: *Eu adoro tapetes, mas o tapete do meu quarto às vezes fica virado, e eu tenho notado que quando vou passar rápido perco o equilíbrio, mas não tiro o tapete dali*. Assim como, no relato do entrevistado 8: *Não tenho escada em casa, só uma escadinha bem pequeninha, sem corrimão, e tem tapete por tudo*. Essas falas exemplificam o entendimento da presença de fatores de risco extrínsecos, mas não a percepção da queda como um problema estruturante que pode ser crucial na qualidade de vida do idoso e a necessidade de evitá-la, caracterizando o fenômeno da invisibilidade do perigo ainda que ele seja conhecido.

Os *fatores de risco intrínsecos*, subcategoria com 47 unidades de significado, também foram citados, porém, em menor frequência. Problemas de saúde crônicos e dor, especialmente no joelho e coluna, foram os mais citados como fatores causadores de quedas, além de alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento, como a diminuição da acuidade visual e do equilíbrio. Importante salientar que dez idosos relataram o fator idade, determinando a condição de maior vulnerabilidade do idoso em relação ao jovem. Os excertos da entrevista 1 e 17, respectivamente, demonstram este aspecto: *Com certa idade, 45-50 anos o cara não é mais aquele gurizão de 35-40 anos que tem toda habilidade* (E1). *O corpo da gente não é que nem dos jovens, o joelho fica mais duro, os braços ficam mais duros, fica tudo assim tenso. Não é fácil* (E17).

Entretanto, diante de todos os fatores citados pelos idosos, a expressão “se cuidar” chama a atenção por sua recorrência. Sendo assim, os *fatores comportamentais* que constituem o *se cuidar*, se transformaram em uma subcategoria, com 58 unidades de significado. O fato de “se cuidar” foi transmitido pelos idosos como a prevenção mais eficaz diante dos fatores de risco por eles relatados, ou seja, parecem considerar que o seu comportamento é a chave para a prevenção das quedas, independente dos demais fatores de risco presentes. A fala do entrevistado 4 ilustra essa subcategoria: *Em casa, tem uma escadinha, tudo eu faço, mas tem que se cuidar pra fazer as coisas e não acontecer acidente*; assim como a fala do entrevistado 7: *Acho que é falta de atenção, porque se*

tem um tapete, tem que se cuidar para não resvalar no tapete e cair.

Como citado anteriormente, para esses idosos, o fundamental é manter a independência funcional e a autonomia. Para isso, eles podem até realizar atividades em situações de risco, porém, ao “se cuidarem” os idosos se sentem imunes a estes perigos, o que denota uma estruturação apenas comportamental das ações diante do problema da queda. Nesses casos, o “se cuidar” é entendido como prestar atenção nas barreiras existentes, mas os idosos parecem não estar convencidos de que podem “se cuidar” eliminando ou evitando alguns fatores de risco extrínsecos, especialmente em suas residências, ou exercitando o corpo, e assim minimizando os fatores de risco intrínsecos.

Alguns idosos, ao se manifestarem, mostraram que não é possível citar apenas um fator causador das quedas, enfatizando o seu cunho multifatorial. Desta forma, a causa *multifatorial* também se tornou uma subcategoria de análise, porém com menor recorrência nas falas dos idosos (7 unidades de significado). Destacam-se as falas dos entrevistados 20 e 21, respectivamente, para exemplificar esta subcategoria. *Acho que é um conjunto de coisas [que levam os idosos a cair], não da pra dizer que é uma coisa só (E20). Acho que as coisas estão associadas; não é apenas uma coisa só [que leva os idosos a cair] (E21).*

Os resultados categoriais trazidos até aqui, em parte, já foram observados por outros trabalhos, como no estudo realizado por Braun³², o qual aponta que os idosos elencaram os fatores de risco extrínsecos, como as condições das calçadas e a ausência de corrimão nas escadas, como os principais causadores de queda. Estes estudos ajudam a sustentar a maior atenção e percepção dos interlocutores do presente estudo para estes fatores.

Os fatores de riscos relacionados ao ambiente doméstico podem aumentar a prevalência de quedas em 50%. Entretanto, Cesari et al.³³ sugerem que as modificações realizadas no ambiente devem ser combinadas com a prevenção dos fatores intrínsecos, pois sozinhas elas parecem ser insuficientes para a prevenção de quedas, já que as mesmas apresentam cunho multifatorial^{33,34}. Este resultado demonstra uma necessidade de adequação da informação acerca da prevenção de quedas e seus fatores de risco, considerando também que os sujeitos deste estudo pouco relataram sobre a questão multifatorial e parecem dar menor ênfase aos fatores de risco intrínsecos.

Diferente disso, os idosos relataram, com bastante recorrência, a necessidade de “se cuidarem”

para evitar as quedas. Nyman et al.³⁵ destacam que as quedas dependem bastante do comportamento individual do idoso, como por exemplo, andar depressa demais. Importante salientar que metade das quedas referidas pelos idosos, no estudo de Nyman et al., não foram atribuídas a um fator de risco específico ou foram apontadas com causa desconhecida³⁵, indicando que, muitas vezes, os fatores de risco para queda, podem não ser percebidos ou relevante para o idoso. Nas conclusões de Braun³², de Hughes et al.³⁶ e de Pohl et al.³⁷, os idosos não apontaram os fatores de risco para a queda como um assunto relevante a ser discutido. Estudos como esses, portanto, reforçam a análise da primeira categoria analítica, isto é, a existência de duas formas de se perceber a queda: como um problema estruturante (digna de alterações na vida diária) e como um problema não estruturante (percebido, mas não considerado como importante).

Nesta segunda categoria analítica foi possível aprofundar essa questão. Notou-se que os idosos entrevistados parecem encontrar uma resolução intermediária que não lhes diminua a independência, na medida em que os riscos são percebidos e relacionados aos problemas das quedas, mas resulta apenas na estruturação dos comportamentos (o “cuidar-se”) e não se estende para preocupações maiores sobre os fatores extrínsecos e intrínsecos. Isso não significa que os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos sejam despercebidos, mas que, na relação com os problemas das quedas, eles – descritos mais individualmente do que como multifatores – parecem estar sobrepostos pela relevância do comportamento de “cuidar-se”, já os fatores intrínsecos foram os menos citados nas narrativas dos idosos. Tal postulado pode ser bastante relevante para aqueles que atuam nos programas de conscientização e prevenção de quedas.

Considerações finais

Nos parece bastante plausível afirmar que a conscientização da queda como um risco à saúde não depende apenas de um evento ou informação. Sendo assim, para uma eficaz participação em atividades de prevenção, torna-se relevante cercar os idosos de informações advindas de distintas fontes, considerando os múltiplos fatores envolvidos. Além disso, este estudo contribui para o conhecimento de que a percepção dos idosos em relação aos fatores de risco para as quedas existe, mas, muitas vezes, não são evitados, pois o indivíduo considera o “se cuidar” como uma

arma infalível na prevenção, o que traz à tona o fenômeno da invisibilidade de alguns riscos impostos à saúde.

Apesar dos resultados relevantes, os quais trazem avanços na literatura existente, o presente estudo apresenta algumas limitações. A principal a ser elencada é a dificuldade de generalização dos resultados. Além disso, o estudo contou com menor número de participantes do sexo masculino, reduzindo a heterogeneidade do grupo inves-

tigado. Sugerimos o desenvolvimento de novos estudos para aprofundar os presentes achados, estes mais orientados para a intervenção, tendo como questões norteadoras: A prevenção das quedas em idosos pode ser mais efetiva quando se desenvolve um “esforço informativo polifônico”? Como equilibrar os valores sociais do “se cuidar” para que a independência funcional dos idosos não seja minorada e, ao mesmo tempo, os riscos não se tornem invisíveis?

Colaboradores

P Morsch trabalhou na concepção do tema do estudo, coleta dos dados, análise de dados, revisão de literatura e redação do artigo. M Myskiw trabalhou na análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final. JC Myskiw trabalhou na concepção do tema estudado, revisão crítica e aprovação da versão final.

Referências

1. World Health Organization. Ageing and Health [Internet]. Fact Sheet n° 404. 2015 [acessado 2016 fev 29]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo*. Genebra: OMS; 2015.
3. Alves LV, Taguchi CK, Oliveira IL, Sousa MGC. Avaliação da tendência à quedas em idosos de Segipe. *Rev CEFAC* 2014; 16(5):1389-1396.
4. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS da, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9):1819-1826.
5. Cunha A, Lourenço R. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* 2014; 13(2):21-29.
6. Ganança FF, Gazzola JM, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Circunstâncias e conseqüências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(3):388-393.
7. Maia BC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Conseqüências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2011; 14(2):381-393.
8. Walker W, Davina P, Timmons S. The importance of identity in falls prevention individual should promote better engagement in intervention. *Nurs Older People* 2011; 23(2):21-26.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2006. Caderno de Atenção Básica.
10. Caberlon IC, Bós ÂJG. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. *Cien Saude Colet* 2015; 20(12):3743-3752.
11. Silva NSM, Lopes AR, Mazzer LP, Salmaso CT. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR). *Rev Kairós Gerontol* 2014; 17(172):141-151.

12. World Health Organization. Falls. [Internet]. Media centre - Fact sheet n° 344. 2012 [acessado 2015 ago 31]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
13. World Health Organization. *Health topics: Risk Factors*. [Internet]. 2015 [acessado 2015 dez 29]. Disponível em: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/
14. Perracini MR, Teixeira LF, Ramos JLA, Pires RS, Najas MS. Fall-related factors among less and more active older outpatients. *Rev Bras Fisioter* 2012; 16(2):166-172.
15. Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioter Mov* 2013; 26(4):753-762.
16. Goodwin V, Jones-Hughes T, Thompson-Coon J, Boddy K, Stein K. Implementing the evidence for preventing falls among community-dwelling older people: A systematic review. *J Safety Res* 2011; 42(6):443-451.
17. Hill KD, Day L, Haines TP. What factors influence community-dwelling older people's intent to undertake multifactorial fall prevention programs? *Clin Interv Aging* 2014; 9:2045-2053.
18. Lovarini M, Clemson L, Dean C. Sustainability of community-based fall prevention programs: A systematic review. *J Safety Res* 2013; 47:9-17.
19. Stubbs B, Brefka S, Denking MD. What Works to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults? Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Phys Ther* 2015; 95(8):1095-1110.
20. Lopes AR, Trelha CS. Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ): FRAQ-Brazil. *Brazilian J Phys Ther* 2013; 17(6):593-605.
21. Chippendale T, Boltz M. The Neighborhood Environment: Perceived Fall Risk, Resources, and Strategies for Fall Prevention. *Gerontologist* 2015; 55(4):575-83.
22. Peres F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: Minayo M, Miranda A, organizadores. *Saúde e Ambiente Sustentável Estreitando nós*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 135-142.
23. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. 2ª ed. London: SAGE Publications Ltd; 2014.
24. Bertolucci P, Brucki S, Campacci S, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro Psiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
25. Bardin L. *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. Lisboa: Edições 70; 2011.
26. Minayo M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
27. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: prevenção de novas quedas. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1901-1907.
28. Ferreira CPS, Canuto KF, Araújo KML, Guimarães HA, Lins AES, Chiari BM, Roque FP. A visão do envelhecimento, da velhice e do idoso veiculada por livros infanto-juvenis. *Saúde e Soc* 2015; 24(3):1061-75.
29. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. Summary of the updated american geriatrics society/british geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(1):148-157.
30. Bailey C, Jones D, Goodall D. What is the evidence of the experience of having a fall across the life course? A qualitative synthesis. *Disabil Health J* 2014; 7(3):273-284.
31. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. The influence of falls on the quality of life of the aged. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1265-1273.
32. Braun BL. Knowledge and Perception of Fall-Related Risk Factors and Fall-Reduction Techniques Among Community-Dwelling Elderly Individuals. *Phys Ther* 1998; 78(12):1262-1276.
33. Cesari M, Landi F, Torre S, Onder G, Lattanzio F, Bernabei R. Prevalence and risk factors for falls in an older community-dwelling population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57(11):M722-726.
34. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2014; 17(4):897-910.
35. Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R. Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. [Internet]. *BMC geriatrics* 2013. [acessado 2015 dez 29]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3835551&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Hughes K, Eric VB, Eakin EG, Barnett LM, Patterson E, Backhouse J, Jones S, Hauser D, Beard JR, Newman B. Older Persons' Perception of Risk of Falling: Implications for Fall-Prevention Campaigns. *Am J Public Health* 2008; 98(2):351-358.
37. Pohl P, Sandlund M, Ahlgren C, Bergvall-Kåreborn B, Lundin-Olsson L, Wikman AM. Fall Risk Awareness and Safety Precautions Taken by Older Community-Dwelling Women and Men—A Qualitative Study Using Focus Group Discussions. Dore R, organizador. *PLoS One* 2015; 10(3):e0119630.

Artigo apresentado em 31/08/2015

Aprovado em 22/04/2016

Versão final apresentada em 26/04/2016