

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Relatos de quedas extrínsecas em idosos participantes do projeto prev- quedas

Reports of falls extrinsic in elderly participants of a falls prevention project

Informes de caídas extrínsecas en personas mayores participantes en el proyecto prev- quedas

Hugo Leonardo Prata¹, Edmundo de Drummond Alves Junior², Julianne Quinellato Louro³, Fátima de Lima Paula⁴, Jéssica Janete Novais Santos⁵, Sabrina Manhães Ferreira⁶

ABSTRACT

Objective: Understanding in the sight of the elderly, as it happens, why it happens and what were the consequences of falls suffered by participants of a project for the prevention of falls. **Method:** The group investigated constituted of 12 elderly participants. The interviews were semi-structured, recorded and transcribed. For data analysis was used the discourse analysis and followed the following steps: interviews and simultaneous recordings, transcription of interviews, analytical reading, classification into categories and final analysis. **Results:** Presented in three analytical categories, being: "the culpability by the fall," "awareness of the fall", "report on the consequences of a fall". **Conclusion:** It was possible to observe, in this study, the conformism and culpability before the event of falls; a perception in relation to urban space; problems that led the participants of the search turn to fall. **Descriptors:** Prevention of accidents, Qualitative analysis, Aging.

RESUMO

Objetivo: Compreender, sob o olhar do idoso, como acontece, porque acontece e quais foram as consequências das quedas sofridas pelos participantes de um projeto de prevenção de quedas. **Método:** O grupo investigado constituiu-se de 12 participantes idosos. As entrevistas foram semiestruturadas, gravadas e transcritas. Para análise dos dados foi utilizado a análise do discurso e seguiu os seguintes passos: entrevistas e gravações simultâneas, transcrição das entrevistas, leitura analítica, classificação em categorias e análise final. **Resultados:** Apresentados em três categorias analíticas, sendo: "a culpabilização pela queda", "consciência sobre a queda", "relato sobre as consequências de uma queda". **Conclusão:** Foi possível observar, neste estudo, o conformismo e a culpabilização diante do evento de quedas; uma percepção em relação ao espaço urbano; problemas que levaram os participantes da pesquisa virem a cair. **Descritores:** Prevenção de acidentes, Análise qualitativa, Envelhecimento.

RESUMEN

Objetivo: Comprender, ante los ojos de los ancianos, como ocurre, por qué sucede y cuáles eran las consecuencias de las caídas sufridas por los participantes de un proyecto para la prevención de caídas. **Método:** El grupo investigado fue constituido por 12 participantes mayores. Las entrevistas fueron semiestructuradas grabadas y transcritas. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis del discurso y seguido los siguientes pasos: entrevistas y grabaciones simultáneas, transcripción de entrevistas, lectura analítica, clasificación en categorías y análisis final. **Resultados:** Se presentan en tres categorías analíticas, siendo: "la culpabilidad por la caída," "conciencia de la caída", "Informe sobre las consecuencias de una caída". **Conclusión:** fue posible observar, en este estudio, el conformismo y como la culpabilidad antes del evento de caídas; una percepción en relación con el espacio urbano; problemas que condujeron a los participantes de la búsqueda convertir a caer. **Descriptor:** Prevención de accidentes, Análisis cualitativo, Envejecimiento.

¹ Profº de Educação Física; Doutorando em Ciências da Educação pela Universidade Nacional de Córdoba. Bolsista da Capes. E-mail: hugo.prata@uol.com.br ² Profº Dr do Departamento de Educação Física e do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, oferecido pela Escola de Enfermagem, ambos da Universidade Federal Fluminense. E-mail: edmundodrummond@uol.com.br ³ Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestranda do Mestrado Acadêmico em Ciência do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: julllylouro@hotmail.com. ⁴ Doutoranda em Epidemiologia e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, bolsista da Capes. Especialização em Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar pela Universidade Federal Fluminense. Graduação em Fisioterapia pela Escola Superior Helena Antipoff e Engenheira Civil pela Universidade Gama Filho. E-mail: fatima.lima.paula@gmail.com ⁵ Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, especialista em Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar pela Universidade Federal Fluminense. Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: jjanete31@gmail.com ⁶ Profª de Educação Física, Residente do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. E-mail: sabrinamanhaes@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

O fenômeno conhecido como transição demográfica, no Brasil vem sendo discutido nos últimos anos principalmente pelo fato de que isto representa nos números absolutos e relativos de pessoas consideradas idosas, que segundo a legislação vigente no país, inclui quem tem a idade de sessenta anos ou mais¹, na primeira década do século XXI, a cada ano 387 mil pessoas ingressam no grupo de idosos. Entre 2040 e 2050, estima-se que serão acrescentados mais de um milhão ao ano. Atualmente, o Brasil consta com uma população de aproximadamente 20 milhões de idosos², todos estes números sugerem que se deva ter preocupações mais amplas no que toca a saúde pública, visto que com estes aumentos, cresce também as comorbidades. De imediato podemos dizer que o envelhecimento da população é um dos novos problemas sociais, com repercussões das mais diversas. Dentro deste contexto nos deparamos com inúmeros desafios, um deles, está relacionado a acidentes provocados por quedas, que são um problema de saúde pública, já identificado como uma epidemia e está relacionada às alterações fisiológicas, psicológicas e patológicas que ocorrem com o avançar da idade.³ A multifatorialidade das quedas recebe influências tanto dos comportamentos das pessoas, como também de problemas ambientais, que tanto acontecem dentro das residências como no ambiente externo. Além das consequências físicas, emocionais e sociais, as quedas produzem gastos relevantes aos cofres públicos, com a utilização de recursos na reabilitação e na ocupação de leitos, tornando-se estes gastos mais elevados quando o idoso é dependente ou passa a necessitar de uma institucionalização.⁴

A queda é considerada um evento de grande importância na vida do idoso, uma vez que pode representar incapacidade, perda da função, síndrome da imobilidade até mesmo a morte. Uma queda acaba por invariavelmente comprometer a independência e a autonomia, o que gera aumento do custo social e em consequência impacto físico e psicológico.⁵ Em uma queda estão envolvidas qualidades físicas como equilíbrio, força e mobilidade articular que influem na marcha, no sistema sensorial e comprometem o sistema musculoesquelético. Mesmo com a diversidade de motivos que podem levar a uma queda, é fundamental a sua inclusão em políticas públicas destinadas a prevenção. Neste sentido elegemos estudar as quedas considerando-as dentro de um contexto mais amplo.⁶

Quando pesquisamos as quedas de idosos, acreditamos que a descrição mais adequada seja: “um evento que leve o indivíduo não intencionalmente a se encontrar no chão ou em qualquer outro nível mais baixo do que o anterior, não como resultado de um golpe violento, perda de consciência, acidente vascular cerebral ou ataque epilético”.⁷

A literatura já reconhece alguns fatores que estão associados às quedas de idosos como: idade; sexo feminino; uso de determinados medicamentos; alterações cognitivas; problemas da visão; alterações posturais; doenças neurológicas; arritmias cardíacas; depressão; problemas nos pés; fatores ambientais; fragilidade e outros fatores que incluem problemas articulares e fraqueza de membros inferiores.⁸ Os fatores ambientais vieram a ser aqueles que privilegiamos nesta investigação, são classificados como um fator de ordem

extrínseca, que de forma geral, são os obstáculos ambientais, elementos físicos que podem provocar quedas.

Os obstáculos ambientais conhecidos como barreiras arquitetônicas têm uma relevância maior como fator de risco para quedas nos idosos considerados mais vigorosos, aqueles que em geral são mais fortes do que os considerados mais frágeis. É possível que este fato ocorra em função do idoso mais vigoroso, ser alguém que têm mais autonomia física e conseqüentemente tem uma exposição maior aos obstáculos ambientais, em especial aqueles que dependem de circunstâncias sociais, criando assim um desafio para estes idosos.⁹ O envelhecimento e a velhice se relacionam com as cidades, já que o modelo ativo e integrado aos equipamentos públicos faz parte das propostas para um envelhecimento com qualidade de vida. Entretanto, em grande parte os equipamentos e serviços, não se adequaram às demandas dos que envelhecem e segundo autores que estudam quedas, é bastante significativo o número destes acidentes que acontecem fora do ambiente residencial.¹⁰

Em geral as cidades seguem um padrão generalizado e diretamente relacionado com o modelo de produção vigente, já que foram projetadas para uma população orientada para o trabalho, produção e consumo de bens por jovens e adultos, ignorando os idosos, impondo aos que querem manter-se inseridos socialmente que se adequem.¹¹

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de campo qualitativa, de maneira que a mesma teve a intenção de analisar e interpretar os dados em seu conteúdo psicossocial.¹² Segundo esta autora, nesta proposta investigativa considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Ainda com Minayo, na pesquisa qualitativa, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais, ela é descritiva e não requer utilização de métodos e técnicas estatísticas.

Este estudo procurou através de uma análise de falas de idosos caidores, compreender: quais foram as principais causas; as conseqüências; o local onde aconteceram as quedas; e qual o sentido dado à queda pelo idoso caidor. Foi realizado na Universidade Federal Fluminense e teve como critérios de inclusão possuir 60 anos de idade ou mais, ser do sexo feminino, ser alfabetizado, não apresentar problemas cognitivos e ser participante do projeto destinado à prevenção de quedas, denominado Prev-Quedas: prevenindo as quedas hoje evitará que o próximo a cair seja você.

Foram colhidos depoimentos dos participantes, sendo norteadoras as seguintes questões: (1) Como poderia descrever a sua queda considerada como a mais significativa? (2) Onde ocorreu esta queda? (3) Fale sobre a(s) causa(s) ou supostas causa(s) desta queda. (4) Fale sobre a(s) conseqüências (s) desta queda. (5) De uma forma geral como uma queda é por você percebida?

A pesquisa foi desenvolvida mediante entrevistas realizadas na UFF com participantes do projeto Prev-Quedas. As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos participantes após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, a exigência da alfabetização como critério de inclusão tornou-se indispensável. O projeto desta pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da UFF tendo sido aprovado sob o número de protocolo CAAE - 0337.0.258.000-11

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas nos meses de outubro a dezembro de 2011, com tempo médio de duração de 10 minutos cada encontro. Após a coleta, transcreveu-se o relato dos entrevistados na íntegra, sendo os nomes dos participantes substituídos por uma letra do alfabeto de escolha aleatória. Manteve-se, desta maneira, o anonimato dos participantes, conforme a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹³ As 12 entrevistas foram analisadas segundo a proposta metodológica contida em Minayo,¹² transcrição e leitura das informações, ordenamento dos dados e análise final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do discurso como instrumento de pesquisa, busca explorar como se produz o discurso no texto que se insere e remete a lugares habitados simultaneamente, estabelecidos por relações contraditórias entre teorias em que não faltam relações de sentidos, mas também de forças, por sua relação com o poder.¹⁴

Mediante transcrição das entrevistas e sua leitura minuciosa, foram construídas três categorias: “a culpabilização pela queda”, “consciência sobre a queda”, “relato sobre as consequências de uma queda”.

A culpabilização pela queda

Nesta categoria foram agrupados os depoimentos que se referiram a quedas e nos quais foi possível observar o conformismo dos entrevistados diante da queda, onde os mesmos se culpabilizam perante o acontecimento.

Logo na frente tinha um pedacinho de ferro, que não aterraram legal e eu fui andando, andando, observando as coisas ao meu redor, eu tropecei e caí. Aquilo ali foi porque eu tropecei mesmo. Com a minha idade 76 anos, acontecem, coisa de fraqueza, não tem nem explicação. Acho que é da velhice mesmo, eu tenho 76 anos. As coisas falham né meu filho, a velhice vai chegando e as coisas num... (Silêncio). (P)

Eles estão fazendo aquela obra, e nunca termina, e aí tava assim um meio vão, aí eu virei o pé e tropecei, mas agora eu só ando assim, olhando para o chão, gente da minha idade não tem que olhar para cima não, tem que olhar para o chão, é para não cair. (...) foi no ano passado que eu caí, é o seguinte, é falta de atenção, coisa de idoso. Como eu falei para você, agora eu só ando olhando para o chão (R).

As vezes é acidentalmente, as pessoas caem porque tem um buraco e não vê, mas também é falta de atenção, de qualquer jeito na minha idade sessenta e sete.... (E)

Sobre a queda eu não sei explicar, eu não sei explicar, sobre a queda, é toda hora, quando chega a hora é, agente topa e vai de frente. Sou danada para dar topada em buraco (v)

Na sociedade contemporânea, a imagem construída socialmente de idoso ou de envelhecimento, encontra-se vinculada à condição de exclusão, ao afastamento do processo produtivo, acarretando nele um sentimento de abandono e de piedade¹⁵. Desta forma é assimilada a imagem de negatividade e improdutividade com sua condição de vida, e as quedas são assimiladas como parte do processo de envelhecer. É comum ainda, tratar os idosos pelas perdas, como perda da memória, diminuição de aspectos físicos, aumento do número de doenças. Concordamos que o homem hoje é avaliado pela sua capacidade de produção, e as pessoas mais velhas, que têm na sua maioria uma diminuição das capacidades físicas, acabam sendo discriminadas socialmente.¹⁶ No entanto é preciso ter um olhar crítico, pois apesar da probabilidade de certas doenças aumentarem com a idade, reforçamos a necessidade de não observar a velhice como um acúmulo de doenças, além de compreender que a aposentadoria não é a antecâmara da morte.¹⁷ Mesmo que o envelhecimento biológico indique diminuições e comprometimentos dos mais diversos, sabemos que muitos deles recebem forte contribuição do mau uso ou do desuso de determinadas qualidades físicas.¹⁸

Com isto queremos dizer que nem sempre as quedas ocorrem em função de uma debilidade ou de uma determinada idade cronológica, sendo fruto de má conservação dos equipamentos e desatenção a determinados princípios básicos que evitariam o que chamamos de barreiras arquitetônicas provocassem quedas.

As quedas são eventos multifatoriais, no entanto um grande número de quedas poderiam ser evitadas se as cidades possuíssem acessibilidade, se a construção e manutenção das mesmas fossem pensadas para a diversidade das pessoas e das atividades da maneira mais ampla possível, ou seja, a arquitetura e o urbanismo devem ser pensados para necessidades e desígnios humanos. Neste sentido, para que o idoso desfrute do espaço construído deve ser considerado uma série de elementos específicos para o desenho urbano. Não significa criar uma arquitetura ou planejamento só para idosos, mas sim assegurar a inclusão de suas especificidades.¹⁹

São incontáveis as barreiras que os idosos têm que enfrentar no cotidiano das cidades brasileiras. São calçadas esburacadas com o piso irregular, com bloqueios físicos, ou falta de calçamento, edifícios sem rampas de acesso para pedestre, escadas ou saída de elevadores mal regulados, ambientes comprometidos também por uma iluminação deficiente, ausência de corrimão ou mesmo devido ao espaçamento e a inclinação entre os degraus. Outro aspecto a considerar são os transportes públicos, seja quanto a seu acesso, que na maioria, apresentam degraus que exigem muito esforço para o embarque ou mesmo na tentativa de se manter equilibrado nos balaústres ou ainda na saída do veículo.²⁰

Nesta categoria foram agrupados os discursos que se referiam as quedas demonstrando uma consciência sobre a verdadeira causa das quedas sofridas. A seguir

trataremos uma categoria que denominamos consciência sobre a queda, que pode ser observada através das falas a seguir:

Olha, o grande problema que nós temos principalmente o idoso, essa saída e entrada de ônibus é muito alto o degrau (...). A maneira como eles inventaram isso, porque podia muito bem a roleta ser sempre no fundo do ônibus e descida na frente do motorista, pra que ele veja o último que sai o último que entra, enfim, porque para entrar é fácil, lá trás, quem esta entrando segura ali, mas, na frente quando agente vai soltar, agente com a bengala numa mão e a outra para segurar o aquele ferro na porta do ônibus, até aquilo acontecer (...) Eu ando na rua eu nem olho as pessoas de lado, eu ando olhando para o chão, ainda mais essas ruas esburacadas que nós andamos, Niterói então é pioneira nos buracos, pioneira nos buracos (Q)

Porque nós andamos por ali, pelo milagre de Deus, porque buraco tem, agente cai, leva esses tombos tudo e na hora não tem socorro, e se você ficar esperando vir um socorro para socorrer a gente, aí, um Deus nos acuda, e cai também até ali dentro da UFF, muitas barreiras (U)

Eu estava subindo ônibus o 53, e subi, tem 3 degraus, os dois primeiros são menorzinhos, mas o outro é muito alto, a perna não ajudou para a coisa... Foi o degrau que me prejudicou e eu cai, não tem aquela altura suficiente para nós (D)

Eu acho que era porque estava escuro, foi por causa da rua, eu acho que foi por causa da rua que eu escorreguei. (A)

Uma das principais medidas em projetos de prevenção de quedas é a conscientização dos participantes diante do problema das quedas e a inclusão da discussão do meio ambiente²¹ medidas que estão de acordo com a concepção de educação para a saúde, que é uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem, é um componente básico no processo da promoção da saúde.²² A promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”.²³

Podemos observar nos discursos seguintes, as consequências de episódios de quedas.

Relatos sobre as consequências das quedas

Eu tive problema no braço, eu rompi o tendão, o joelho também, o braço eu não posso nem levantar. O médico disse que tem que operar, fazer fisioterapia e agora ele disse que não tem jeito, só operação. Muita dor, muito forte, A é muito ruim né, é muito ruim agente cair, mas (S)

A queda para um idoso é a coisa mais horrível do mundo, para o idoso não tem coisa pior, quebra uma perna, quebra uma bacia, quebra enfim (...). Eu fui ao ortopedista, ele fez uma radiografia lá e falou que tinha uns farelinhos de não sei de que. Parece que o impacto triturou o ossinho. E de lá para cá eu nunca mais pude andar sem bengala (Q)

Ah, ele virou pro outro lado e eu passei 35 dias gessado, o pulso. (R)

Uma luxação com torção, uma luxação com uma torção, eu bati o R-x não tinha nada quebrado, mas uma dor imensa e com isso eu estou 45 dias de molho, agora tem mais, eu fiquei 45 dias em casa (E).

Eu fui ao médico, o médico radiografou, deu que eu tinha quebrado a cabeça do úmero, eu fiquei uns 45 dias, eu fiquei uns 2 meses com aquela tipoia americana. A meu filho que sofrimento, foi muito sofrimento. (W)

Eu bati direto com a testa na parede, entendeu porque eu não me segurei em nada, a testa foi direto na parede. Fiquei na UTI do Barra D'or 3 dias, entendeu, Aí minha vida acabou, porque até hoje eu não sou mais a mesma. Me causou muitos problemas, porque eu estou nesse problema desde que cai, que foi estou tomando anticonvulsivo. (Y)

Teve uma fissura no osso, embaixo do pé, aqui Ó (mostrou), entre o dedo e o osso, aqui embaixo, aí eu passei um mês engessada. Mas foi uma coisa muito ruim, mas dói tanto que tem dia que eu grito de dor. (U)

Eu fiquei internada 10 dias, eu operei 3 vezes, aqui já foram 3 operações. Ah, foi, tudo aqui assim, nariz tudo aqui assim, tá horrível, tá horrível. (A)

As consequências de quedas para idosos têm grande relevância no que se refere à mortalidade e à morbidade. As fraturas ou as demais lesões que podem levar os idosos à hospitalização são as mais preocupantes. O período de permanência no leito pode causar sérios problemas como: comprometimento da função cardiopulmonar, trombose venosa profunda, hipotrofia muscular, alterações articulares e o aparecimento das úlceras de pressão. Quando se verifica a diminuição da capacidade física, observa-se uma redução de 5% a cada dia durante o repouso, sendo que a recuperação é feita num ritmo duas vezes menor.²⁴

Ainda em relação às consequências das quedas, um dos aspectos mais assinalados é o medo de cair, seguido pela modificação dos hábitos de vida, a tendência à repetição de quedas pelo enfraquecimento muscular provocado pela imobilização, à restrição das atividades costumeiras, a diminuição do equilíbrio dinâmico e da qualidade de vida em geral, a depressão e a hipotensão postural também aparecem como alterações provenientes das quedas.²⁵

De acordo com autores que pesquisaram as consequências diretas da última queda ocorrida no ano anterior ao da pesquisa e categorizaram os resultados a partir das

consequências físicas, do declínio funcional, da necessidade de serviço de saúde e de tratamento. Entre as consequências de ordem física estão: fraturas, lesões da pele, estiramentos, luxações da articulação, traumas cranianos e entorses. Os de maior repercussão foram fraturas, luxações e traumatismo craniano.²⁶

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível observar algumas situações, atitudes e opiniões relacionadas às quedas como: o conformismo e a culpabilização diante do evento de quedas, uma percepção em relação ao espaço urbano e os problemas que levaram os participantes da pesquisa virem a cair. Além disso, foi possível observar também as consequências e repercussões das quedas sofridas.

A passividade em aceitar a queda e a justificativa do ocorrido relacionado ao envelhecer foi notória nos depoimentos analisados, fato este que está diretamente relacionado às questões ideológicas da sociedade, que privilegia o novo em detrimento do velho, sociedade esta que está pautada em princípios de competitividade, de produção e finalmente do trabalho. E como na maior parte dos casos a pessoa mais velha está afastada desse processo, é criado uma gama de estereótipos negativos que através da ideologia dominante são internalizados.

A percepção dos problemas relacionados ao espaço urbano e as quedas, apareceu em alguns relatos, fato este, que acreditamos que seja em função das oficinas oferecidas no projeto Prev-Quedas, que no desenvolver de suas atividades possibilitam momentos de reflexão sobre o assunto.

Os relatos sobre as consequências das quedas sofridas é um pequeno recorte da realidade, mas que, no entanto poderia ter ocorrido em qualquer cidade brasileira, demonstrando uma dura realidade já que as nossas cidades não estão preparadas para atender as demandas dos que envelhecem. Não existe acessibilidade, um ambiente com acessibilidade atende, diferentemente, uma variedade de necessidades dos usuários, tornando possível uma maior autonomia e independência. Entendendo autonomia como a capacidade do indivíduo de desfrutar dos espaços e elementos espontaneamente, segundo sua vontade. E independência como a capacidade de usufruir os ambientes, sem precisar de ajuda.²⁷

Os fatores ambientais, alheios àqueles próprios ao envelhecimento, colaboram decisivamente para a ocorrência de quedas entre os idosos, desta maneira torna-se imperativa a necessidade da adequação dos espaços públicos de lazer e circulação, além de adaptações nos espaços urbanos para permitir a participação segura do idoso na vida em sociedade, redução da altura do meio fio das calçadas, melhoria do calçamento e pavimentação das ruas, via de acesso segura de pedestres aos equipamentos públicos com rampas e corrimãos, regulação do tempo dos sinais de trânsito para permitir a travessia segura, adaptação dos transportes públicos com nivelamento dos acessos aos ônibus na

altura das calçadas (como já ocorre em outros países), e conscientização dos motoristas sobre os cuidados necessários para o transporte de pessoas idosas.²⁸

Visto a complexidade dos episódios que cercam a queda, vê-se a importância de se conhecer e identificar as situações e as consequências que envolvem este evento, a fim de estabelecer medidas adequadas, para prevenir as quedas e para que as autoridades competentes possam direcionar esforços para a resolução dos problemas que são de sua competência.

REFERÊNCIAS

1. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Minas Gerais: Cedeplar, 2007.
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010.
3. Tinetti ME, Baker DI, McAway G, Claus EB, Garret P, Gottschalk M et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England Journal of Medicine*. 1994; 13:821-827. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301#t=article>
4. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências das quedas de idosos atendidos em um hospital público. *Revista Saúde Publica*. 2004; 38(1): 93-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>
5. Paula FL, Alves Junior ED, Prata HL. Teste Timed "Upand Go": Uma comparação entre valores obtidos em ambiente fechado e aberto. *Fisioterapia em Movimento*. 2007; 20 (4): 143-148. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/rfm?dd1=1786&dd99=view>
6. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Caderno Saude Publica*. 2003; 19(3): 783-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>
7. Gibson MJ, Andres RO, Issacs B. Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. The prevention of falls in later life *Danish Medical Bulletin*. 1987; 34(4): 1-24.
8. Downtown J. Falls in the Elderly. In: Brocklehurst J C, Tallis R C, Fillit H M *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Churchill Livingstone. 1992; 317-24.
9. Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Aging*. 2006;35(2): 55-59. Disponível em: http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/suppl_2/ii55.full.pdf+html
10. Alves Junior ED (Org.). *Envelhecimento e vida saudável* 1. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.
11. Mendes TAB, Valsechi VLA. *Armadilhas do espaço urbano*. Einstein. 2007; 5(2): 2007.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1993.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
14. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 1999.
15. Madalozzo A. (Org.). *Da inteligência ao coração e à ação*. Porto Alegre: Edipucrs, 1997.
16. Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1997.

17. Prata HL, Alves Junior ED, Paula FL, Ferreira SM. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. *Fisioter Mov.* 2011; 24(3): 437-443. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/08.pdf>
18. Paula FL. Envelhecimento e quedas de idosos. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.
19. Schicchi MC. A arquitetura e os idosos: considerações para a elaboração de projetos. In: *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC, 2000.
20. Licht FB, Prado ARA. Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? *Kairós.* 2002; 5(2): 67-80.
21. Alves Júnior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fit Perf J.* 2008;7(1): 12-9. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2934958>
22. Dias MR, Duque AF, Silva MG, Durá E. Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica.* 2004; 3: 463-473. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México, Brasília: MS; 2001.
24. Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. *rev Assoc Med Bras.* 2002; 48(10): 79-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000100037&script=sci_arttext
25. Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência saúde coletiva.* 2010;15(6): 2719-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a10v15n6.pdf>
26. Stel VS, Smith JH, Pluijm SMF, Lips P. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing.* 2004; 33(1): 58-65. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/1/58.full.pdf+html>
27. Guimarães M. Acessibilidade ambiental para todos na escala qualitativa da cidade. *Revista de Arquitetura e Urbanismo.* 1999;1(1).
28. ALVES JUNIOR E D. (Org.). Envelhecimento e vida saudável 2. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

Recebido em: 12/08/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/06/2014
Publicado em: 01/04/2014

Endereço de contato dos autores:
Edmundo de Drummond Alves Junior
Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Rei, s/n, Niterói.