



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**REPERCUSSÕES DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA
DE MULHERES IDOSAS**

Adalgisa Peixoto Ribeiro

**Rio de Janeiro
Setembro, 2006**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

REPERCUSSÕES DAS QUEDAS NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS

Adalgisa Peixoto Ribeiro

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra. Edinilsa Ramos de Souza

**Rio de Janeiro
Setembro, 2006**

Agradecimentos

A conquista de um sonho às vezes é árdua e penosa, exige de nós muita dedicação e vontade para seguir em frente mesmo diante de obstáculos. Requer sensibilidade e disposição para aprender sempre mais. Em muitos momentos o caminho nos parece tortuoso demais para avançar. O que nos mantém firmes na certeza da vitória ao final de todo o esforço são as mãos que nos ajudam caminhar. E, nesse momento, lembro aqui as pessoas que me são caras e a quem quero agradecer.

À minha orientadora Edinilsa Ramos de Souza, não só pela orientação do meu trabalho, mas por me adotar como amiga, companheira para horas boas e ruins, pela atenção, desprendimento e carinho a mim dispensados, minha gratidão por ter sido tão presente a meu lado.

Aos amigos tão queridos Amaro Crispim de Souza e Soraya Atie que me receberam na equipe de pesquisa e pela grande ajuda no decorrer do trabalho.

Às auxiliares de pesquisa Regina e Renata que nos acompanharam nas visitas às idosas em Manguinhos, meu abraço agradecido. Ao estatístico Arthur Orlando Schilithz que com muita paciência esclareceu minhas dúvidas e atendeu às minhas solicitações.

Às professoras da banca examinadora – Célia Caldas e Maria Helena Cardoso – agradeço a atenção dispensada a este trabalho e a sua valiosa contribuição.

Um agradecimento especial à minha família – Wadson, Célia, Flávia e Kamila – que sentiram minha ausência em muitos encontros e eventos familiares. Apesar da saudade, eles compreenderam que eu buscava uma conquista sonhada também por toda a família.

Agradeço ainda a todos que participaram de minha vida no decorrer do mestrado – à prima irmã Cristiane Lacerda que me acolheu com muita generosidade. À grande amiga Lúcia Rebello por compartilhar momentos e confidências que me fizeram caminhar com mais serenidade. Aos queridos Luiz Afonso, Carlos Renes Teixeira “Carlinhos” e Kênea Almeida pela presença amiga a me animar.

Ao programa de pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira que acolheu nossa proposta de pesquisa. Ao Capes por seu apoio fundamental neste trabalho.

E finalmente, às idosas que nos receberam em suas casas e com alegria nos confiaram as experiências vividas, minha eterna gratidão.

Você lembra, lembra
Naquele tempo eu tinha estrelas nos olhos
Um jeito de herói
Era mais forte e veloz que qualquer mocinho de cowboy
Você lembra, lembra
Eu costumava andar bem mais de mil léguas
Pra poder buscar flores de maio azuis
E os seus cabelos enfeitar
Água da fonte cansei de beber pra não envelhecer
Como quisesse roubar da manhã
Um lindo por de sol
Hoje, não colho mais as flores de maio
Nem sou mais veloz, como os heróis
É talvez eu seja simplesmente
Como um sapato velho
Mas ainda sirvo se você quiser
Basta você me calçar que eu aqueço o frio dos seus pés.

Mu, Claudio Nucci e Paulinho Tapajós

Resumo

O objetivo desse trabalho é analisar o efeito das quedas e suas conseqüências na qualidade de vida de mulheres idosas de uma comunidade de baixa renda do município do Rio de Janeiro, buscando entender os significados, dados por elas, a este evento. Foi realizado um estudo exploratório que usou abordagem quantitativa – que teve como instrumento um questionário que foi aplicado a 37 idosas – e qualitativa – com entrevista semi-estruturada feita a 11 mulheres idosas. Os resultados mostraram que entre as idosas que responderam ao questionário, 40,5% caíram no último ano. A maioria das quedas aconteceu fora da residência da idosa (52,9%). As conseqüências mais freqüentes foram o medo de cair (84,6%), a modificação de hábitos (30,8%) e a imobilização (23,1%). As análises das entrevistas e dos dados quantitativos mostraram a influência das quedas na qualidade de vida das mulheres idosas estudadas. Em todos os domínios do WHOQOL-Bref houve redução nas médias do grupo que caiu no último ano em relação às que não caíram e, a diferença foi mais significativa no domínio Psicológico. Enfim, as quedas são freqüentes entre os idosos e trazem conseqüências que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.

Palavras-chave: quedas, qualidade de vida, envelhecimento, saúde do idoso

Abstract

The objective of this work is to analyze the effect of the falls and their consequences in the quality of aged woman's life in a low revenue's community of Rio de Janeiro town, looking for the meanings, gave by themselves, to this occurrence. It was made an explorative research that has used the quantitative method – that has used as instrument a questionnaire applied to 37 aged women – and qualitative - with a half-structured interview made with 11 aged women. The results has shown that among the elderly that answered the questionnaire, 40,5% fell in the last year. The majority of the falls has happened outside of the elderly's residence (52,9%). The most frequent consequences were the fear of falling (84,6%), the change of habits (30,8%) and the immobilization (23,1%). The analysis of the quantitative facts, have shown the influence of the falls in the quality of the studied aged woman's life. In all of the WHOQOL – Bref domain there was a reduction in the averages of the groups that fell in the last year, comparing to the ones that didn't fall and the difference was more significant in the psychological domain. At last, the falls are frequent among the elderly and they bring consequences that change the quality of these people's life in a negative way. Their incident can be avoided with preventive and appropriate methods, identifying the causes and developing methods to reduce their incident.

Key-words: falls, quality of life, oldness, elderly's health.

Sumário

Introdução	7
Objetivos	14
Capítulo 1. Metodologia	15
1.1. Abordagem Quantitativa	15
1.2. Abordagem Qualitativa	24
1.3. Considerações Éticas	26
Capítulo 2. Marco Teórico	28
2.1. O envelhecimento no Brasil e no mundo	28
2.1.1. Capacidade funcional	32
2.1.2. Quedas em idosos	38
2.2. Qualidade de vida no envelhecimento	45
Capítulo 3. Caracterização da área e dos sujeitos	49
3.1. O Complexo de Manguinhos	49
3.2. Caracterização das idosas	55
Capítulo 4. Resultados	63
4.1. Quedas e qualidade de vida	63
4.1.1. Caracterização das quedas e suas conseqüências	63
4.1.2. As repercussões das quedas na Qualidade de Vida	73
4.2. Fatores de risco para quedas e condições de saúde das idosas de Manguinhos	78
Conclusão	92
Referências	99
Apêndices	106

Introdução

Baseado em conhecimentos nas áreas da gerontologia e saúde coletiva, o presente estudo tem como objeto a questão das quedas e da qualidade de vida. Este trabalho se propõe a investigar as repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas, buscando entender os significados dados por elas a este evento e as implicações das suas conseqüências na vida de uma mulher idosa.

O interesse pelo tema do envelhecimento é uma constante em minha vida acadêmica pela relevância das questões que envolvem a pessoa idosa e por ser este o segmento populacional que mais cresce no Brasil e no mundo. A discussão acerca do envelhecimento vem conquistando espaço cada vez maior nos distintos setores da sociedade brasileira, principalmente a partir das últimas décadas do século XX. O envelhecimento da população brasileira tem sido debatido por estudiosos e especialistas das áreas demográfica, previdenciária, turística e de lazer, dentre outras, ora como algo negativo que onera o Estado, ora como um grupo consumidor para o qual cresce e se desenvolve um lucrativo mercado de ofertas de serviços. Um dos setores que tem se deparado com as questões do envelhecimento é o da saúde, que precisa responder às crescentes demandas por serviços cada vez mais complexos e especializados que o idoso requer. O enfoque epidemiológico dado pelo olhar da saúde destaca as quedas como um dos eventos acidentais e/ou violentos que atingem milhares de pessoas idosas em nosso país e são importante motivo de internações e de mortes, conforme

identificam Souza e cols (1998), Masud e Morris (2001), Fabrício e cols (2004), Gawryszewski e cols (2004a, b), Minayo e Souza (2005).

Para as pessoas idosas, as quedas parecem ser uma das maiores vilãs da manutenção da capacidade funcional. Nos países ocidentais aproximadamente 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e nos países orientais, a frequência é menor e cerca de 15,0% das pessoas idosas caem uma vez ao ano (Perracini e Ramos, 2002).

No Brasil, a mortalidade de idosos por causas externas representaram 2,8% de todas as mortes nessa faixa etária no ano de 2004 (MS, 2006). A queda representou 20,5% dos óbitos de idosos por essas causas. Entre as mulheres idosas a proporção de óbitos por queda foi ainda maior, cerca de 28,3% do total de mortes por causas externas no ano de 2004.

O impacto causado pelas quedas na população idosa tem dimensões significativas, principalmente para as mulheres. No ano de 2005, as internações hospitalares de idosos por causas externas de agravo à saúde atingiram um número de 113.101 no Brasil. Desse total, 54,2% ocorreram devido às quedas. Ao analisar os dados para o grupo de mulheres idosas, vê-se que aproximadamente 60,0% das hospitalizações de idosos brasileiros, no ano de 2005, por queda, ocorreu entre elas (MS, 2006).

No estado do Rio de Janeiro, 2.265 idosos morreram por alguma causa externa no ano de 2005 e dentre essas 29,0% se deveram às quedas. Entre as idosas cariocas, o número de óbitos por queda chegou a 354. As internações hospitalares de idosos, por causas externas, nesse mesmo ano chegaram a 8.721 e entre elas cerca de 66,4% se deveram às quedas. De todas as 4.982

internações de idosas, por causas externas, no Rio de Janeiro, 73,7% se deram por causa da queda em 2005.

As mulheres brasileiras sobrevivem por muito mais anos que seus companheiros e, por conseqüência, viverão muito tempo sozinhas (Moreira, 1998) enfrentando as dificuldades impostas pelo processo do envelhecimento que traz consigo algumas alterações fisiológicas que tornam os idosos vulneráveis em determinados aspectos.

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer intercorrências provocadas por fatores externos ou próprios das limitações do processo de envelhecimento, dentre elas a queda. Para os idosos uma queda possui um peso muito significativo, pois este evento pode levá-los à incapacidade e à morte. O custo social de uma queda é imenso e torna-se maior quando a pessoa idosa apresenta uma redução de sua autonomia. Nesses casos, sofrer uma queda pode ser sinônimo de dependência ou necessidade de institucionalização (Fabrício et al, 2004).

Estes eventos causam impacto na saúde e na capacidade funcional dos idosos e pressupõem uma alteração na qualidade de vida dessas pessoas.

A avaliação da qualidade de vida é algo pessoal, único e varia de indivíduo para indivíduo, envolvendo aspectos multidimensionais que interferem na vida humana, dentre eles fatores sociais, ambientais, psicológicos e físicos.

A presente Dissertação de Mestrado está inserida em uma linha de pesquisa científica e tecnológica sobre morbimortalidade por causas externas, e constitui-se parte integrante de um projeto de pesquisa sobre violência e saúde do

idoso desenvolvido no Centro Latino-americano de Estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES – “O estado de direito e a violência contra o idoso”.

O trabalho foi desenvolvido no Complexo de Manguinhos, localizado na zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na área da Leopoldina, Área Programática 3.1. A escolha do local se deu pelas condições de vida dos moradores de áreas especiais como é o caso das favelas. As questões socioeconômicas, a possibilidade de maior exposição a fatores de risco para quedas e a violência existente nesse ambiente poderiam trazer contribuições diferenciadas para o campo do conhecimento.

Assim, partiu-se dos pressupostos de que: a) as mulheres idosas que vivem em comunidades empobrecidas são mais vulneráveis às quedas se comparadas com outras mulheres e com os homens, em função da exacerbação de fatores intrínsecos (problemas de saúde física e mental) e extrínsecos (condições de moradia e seu entorno, e isolamento social) a que estão expostas e b) apesar de causar conseqüências como incapacidades funcionais, as quedas podem proporcionar a obtenção de atenções e cuidados antes negligenciados e, por isso, serem interpretadas pela idosa como benéficas para sua qualidade de vida.

O principal indicador de saúde e de qualidade de vida para o idoso é a capacidade funcional que abrange questões relacionadas à autonomia – capacidade do indivíduo para escolher suas condutas e orientar seus atos nas atividades instrumentais da vida diária, e à independência – possibilidade de realizar atividades da vida diária sem a ajuda de terceiros.

As políticas públicas direcionadas aos idosos preconizam a manutenção da capacidade funcional como uma prioridade. A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível é o foco central da Política Nacional de Saúde do Idoso/PNSI e pressupõem a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso. Doenças físicas e mentais podem levar à dependência através de suas conseqüências, entre elas as quedas, submetendo a pessoa idosa à perda da capacidade funcional.

A PNSI tem como propósito basilar “a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida” (Gordilho et al, 2001:143) no sentido de favorecer a permanência dos idosos no ambiente que estão inseridos de forma independente.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001) do Ministério da Saúde, objetivando a qualidade de vida, lança mão da promoção da saúde e coloca como uma de suas diretrizes a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis. Especificamente, em relação aos idosos prevê como fundamental o investimento na formação de cuidadores e o direito a atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de atenção à saúde.

Assim, faz parte deste trabalho não só discutir as repercussões das quedas para a saúde, mas tentar compreender como a qualidade de vida é afetada por elas.

Este trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro é destinado à metodologia utilizada no decorrer da dissertação. São apresentadas as abordagens quantitativas – seu instrumento de coleta de dados contendo as escalas que foram aplicadas às idosas, bem como a forma de interpretação de cada uma delas – e a abordagem qualitativa com o instrumento usado, a entrevista e a forma de análise dos dados obtidos dela.

No segundo capítulo apresenta-se a caracterização do Complexo de Manguinhos e das idosas que participaram desse trabalho. Nesse momento, a área do estudo é descrita com as características peculiares de uma comunidade especial – a favela. As mulheres idosas, sujeitos da pesquisa, são apresentadas através de um perfil de suas condições demográficas e socioeconômicas.

O terceiro capítulo se dedica a abordar questões teóricas referentes: 1) ao envelhecimento e suas especificidades no Brasil e em outros países do mundo; 2) às quedas suas conseqüências para as pessoas idosas e as influências na qualidade de vida, os fatores intrínsecos e extrínsecos de risco para as quedas a que os idosos estão submetidos; 3) as questões referentes à capacidade funcional, seus determinantes e incapacidades experimentadas por esse grupo populacional e 4) à qualidade de vida e os aspectos multidimensionais, objetivos e subjetivos que a determinam.

O quarto capítulo traz os resultados encontrados no trabalho. A prevalência de quedas no grupo de mulheres idosas estudadas, as conseqüências deste evento na qualidade de vida, os resultados das escalas padronizadas aplicadas e os fatores de risco para as quedas a que estas mulheres estão expostas. Também

são apresentadas as análises das entrevistas e as percepções das idosas acerca da queda e da qualidade de vida.

Finalmente, a última parte traz as conclusões do trabalho realizado nessa dissertação e as recomendações baseadas nos resultados obtidos.

Objetivos

Objetivo Geral

Estudar as repercussões das quedas na qualidade de vida de idosas.

Objetivos Específicos

- Estudar os fatores associados à ocorrência de quedas na idosa;
- Investigar os significados que a mulher idosa atribui às quedas;
- Investigar a qualidade de vida das mulheres idosas que sofreram quedas.

Capítulo 1.

Metodologia

Foi realizado um estudo exploratório que usou abordagens quantitativa e qualitativa para investigar os fatores associados às quedas, que podem predispor ou facilitá-las e suas conseqüências para as idosas de Manguinhos.

1.1. Abordagem quantitativa

Sujeitos

A seleção dos sujeitos para a pesquisa se deu a partir dos seguintes critérios: pessoas com 60 anos ou mais; do sexo feminino; residentes no Complexo de Manguinhos, município do Rio de Janeiro e com capacidade cognitiva e mental preservadas. A fim de contemplar a diversidade de localidades que compõem o Complexo, foram selecionadas aproximadamente três idosas de cada uma das doze comunidades da área, somando um universo de 37 idosas. Na seleção dessas mulheres adotamos a técnica de bola de neve, em que pessoas conhecidas do pesquisador indicam outras a serem entrevistadas, que por sua vez indicam outras conhecidas. O primeiro contato se deu através de uma pessoa da equipe de pesquisa do Claves.

A violência local não impediu a realização da coleta de dados, mas exigiu alguns cuidados mais intensos. Para o acesso às idosas e à comunidade, uma moradora da área (informante-chave) localizou, conduziu e acompanhou todas as visitas realizadas na favela. Os encontros com as idosas foram agendados, com dias e horários preestabelecidos, e os questionários foram aplicados por uma pesquisadora com experiência no atendimento aos idosos.

Instrumentos

Foi elaborado um panorama geral relativo às condições de saúde, às quedas e à qualidade de vida das idosas residentes na comunidade. Para a coleta de informações junto às idosas desenvolveu-se um questionário com 62 questões fechadas e abertas. Nele, constam perguntas relacionadas à vida social da idosa; seus relacionamentos sociais; quedas e questões sobre qualidade de vida.

Neste questionário foram incluídas três escalas padronizadas: a de Apoio Social; a Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária/AIVD de Lawton e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL em sua versão abreviada.

Conceitualmente, apoio social corresponde aos recursos disponibilizados pelas pessoas em favor de alguém nas situações de necessidade (Due et al, 1999). Pode desempenhar um papel mediador contribuindo para manter a saúde das pessoas e permitindo que elas lidem melhor com as perdas e problemas do dia-a-dia. Pessoas, socialmente mais integradas, costumam apresentar menos doenças e ter melhor prognóstico quando adoecem.

Para sua análise é importante considerar a percepção do indivíduo sobre o apoio que afirma ter. Broadhead e cols (*apud* Griep, 2003a) afirmam que os efeitos benéficos da integração social podem ser reconhecidos na sensação de bem-estar psicológico, que se relaciona com o aumento da satisfação com a vida, a auto-estima e a diminuição de sintomas, como a ansiedade, por exemplo.

Vários estudos sugerem associação inversa entre o nível de apoio social e a ocorrência de sofrimento psíquico, distúrbios psiquiátricos, problemas nervosos e insônia, e consumo de substâncias como cigarro e álcool, dentre outros problemas de saúde (Holahan e Moos, 1981; Frydman, 1981; Shirom e Westman, 1985, Hanson e Östergren, 1987 e Krantz e Östergren, 2000).

A Escala de Apoio Social desenvolvida por Sherbourne & Stewart *apud* Chor e cols (2001) é constituída por 19 itens relativos ao apoio social e 5 de rede social. Neste trabalho, apenas os itens referentes ao apoio social foram utilizados. A escala de apoio social apresenta cinco dimensões: emocional (apoio recebido através da confiança, e alguém disponível para ouvir, compartilhamento de preocupações e medos e compreensão dos seus problemas por outrem); de informação (através do recebimento de informação e sugestões desejadas além de dar e receber bons conselhos); material (possibilidade de receber ajuda se ficar de cama, para levar a pessoa ao médico, para preparar refeições e para ajudar nas tarefas diárias caso fique doente); afetiva (demonstração de afeto e amor, alguém que abraça e o faça sentir querido) e de interação positiva (diversão em conjunto com outros, capacidade de relaxar, de fazer coisas agradáveis e distrair a cabeça). Cinco escores são obtidos, um para cada dimensão.

As perguntas são introduzidas pela frase “se você precisar...” seguida pelo tipo de apoio. As opções de resposta são apresentadas da mesma forma para todos os itens: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre. A validade de face e a de conteúdo dos itens foram consideradas adequadas pelos investigadores do Estudo do Pró-Saúde (Chor et al, 2001). Quanto à validade de constructo, Sherbourne & Stewart *apud* Chor e cols (2001) identificaram alta correlação entre as dimensões de apoio social e outros conceitos que, teoricamente estão relacionados, como solidão (correlação negativa), dinâmica familiar, conjugal e saúde mental (correlação positiva). Os autores originais também observaram bons resultados em relação à consistência interna (alfa de *Cronbach* superior a 0,91) e à estabilidade das medidas após um ano (acima de 0,72), para as dimensões de apoio social.

A escala de Apoio Social foi adaptada à população brasileira por Chor e cols (2001). Participaram deste estudo 200 funcionários administrativos contratados por uma instituição pública do Rio de Janeiro. Nessa fase de teste, os autores verificaram uma proporção muito pequena de itens não respondidos, o que sugere compreensão das perguntas formuladas. Além disso, o coeficiente de Pearson (indicador de validade de discriminação, que avalia a capacidade dos itens em medir o apoio social e não qualquer outro conceito) não se aproximou de zero ou da unidade com muitos outros itens. Os coeficientes Alfa de *Cronbach* foram elevados para as dimensões de apoio afetivo (0,81), emocional (0,89), de informação (0,89), interação positiva (0,93) e material (0,76).

Posteriormente Griep e cols (2003a, 2003b e 2005) desenvolveram estudos de confiabilidade e de validade dessa escala, concluindo que existe um bom nível

de confiabilidade e de validade de construto. A média dos escores foi de 83,3 para a dimensão de *interação social positiva/apoio afetivo*; 78,6 para a dimensão *emocional/informação* e 80,8 para a dimensão *apoio material*. A média global foi de 80,8. O coeficiente alpha de Cronbach foi igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões.

Em estudo realizado por Minayo e Souza (2003) com policiais civis também foram obtidos altos coeficientes psicométricos: Alfa de Cronbach de 0,93; ICC em torno de 0,65 para cada tipo de apoio e Kappa variando do regular ao moderado. Todas as dimensões desta escala correlacionaram-se entre si.

A noção de qualidade de vida vem sendo usada no campo da saúde como uma tentativa de compreensão mais abrangente do que seja bem-estar humano e social.

Minayo e cols (2000), numa revisão da literatura, mostram que o conceito de qualidade de vida é concebido como uma representação social que leva em conta parâmetros objetivos (satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade) e subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal). Além de considerar parâmetros objetivos e subjetivos o conceito também concilia critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo. Por isso, ao analisá-la, deve-se levar em conta fatores políticos e de desenvolvimento humano. O grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida associam-se ao padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade, historicamente.

O instrumento para aferição da qualidade de vida – WHOQOL-BREF avalia a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema

de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

O WHOQOL foi elaborado pela OMS com o objetivo de criar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspectiva internacional. Num projeto multicêntrico foi produzido o WHOQOL-100, um instrumento de avaliação composto por 100 questões. Este primeiro questionário foi desenvolvido a partir de 15 centros e as 100 questões que o constituem estão divididas em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (OMS, 1998).

A necessidade de um instrumento mais curto, de rápido preenchimento e que apresentasse características psicométricas satisfatórias, fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada - o WHOQOL-BREF. Essa versão apresenta 26 questões subdivididas em domínios de análise. São duas questões gerais de qualidade de vida e vinte quatro referentes aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (OMS, 1998).

Participaram da construção deste instrumento abreviado 20 centros em 18 países, inclusive o Brasil. O WHOQOL-Bref apresentou características psicométricas que preencheram os critérios de (1) consistência interna, avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach (0,9054); (2) validade discriminante; (3) validade de critério; (4) validade concorrente que utilizou a escala de Beck para Depressão e a escala de desesperança de Beck como instrumentos de avaliação indireta; (5) validade de conteúdo; (6) confiabilidade teste-reteste que apresentou coeficientes superiores a 0,69 (OMS, 1998).

A avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária/AIVD foi feita por meio da escala de LAWTON. Este instrumento analisa a capacidade funcional da pessoa idosa, enquanto indicador de saúde e bem-estar, sendo possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho. Capacidade funcional é definida pela presença ou não de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-la. De acordo com Lima-Costa e cols (2003a) ela é dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. É influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais que vão caracterizar o comportamento e o estilo de vida.

A escala de AIVD de Lawton possui três tipos de respostas: a primeira significa independência, a segunda capacidade com ajuda e a terceira dependência. O escore total é de 27 pontos, sendo que a pontuação tem um significado apenas para o idoso individualmente, servindo como base para avaliação da qualidade de vida. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar dos jardins (Freitas e cols, 2002).

Realizou-se um pré-teste do questionário, objetivando seu aprimoramento. A versão final desse instrumento (apêndice A) foi aplicada às 37 idosas, respeitando os critérios previamente estabelecidos. O tempo médio para a sua aplicação foi de 60 minutos. Foram necessários dois meses e meio para a coleta destes dados.

Análise dos dados

As informações coletadas no instrumento usado nesta abordagem quantitativa foram codificadas, digitadas e processadas em micro computador. Para a entrada de dados foi elaborada uma máscara utilizando o software *Microsoft Access*. Uma análise crítica dos dados foi feita para categorizar as questões abertas e corrigir erros originados nas fases de aplicação, codificação e digitação. Posteriormente, para análise dos dados, os mesmos foram exportados e manuseados para os softwares *Microsoft Excel* e *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 13.0, em que se realizou a descrição de freqüências simples, cruzamento de variáveis e alguns testes estatísticos para a verificação e discussão da significância.

O nível de significância estabelecido à priori foi de 5%. Entretanto, o simples fato de estabelecer este ponto de corte não invalidou a hipótese de diferença nos casos em que a probabilidade de encontrar a hipótese nula, ao acaso, fosse próximo a 0,05. Vale lembrar que o teste estatístico, em questão, leva em consideração o tamanho da amostra, tendendo a dar resultados mais significantes à medida que esse tamanho aumenta.

A avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton foi analisada através das freqüências das respostas e das médias obtidas na escala. Foram consideradas dependentes as idosas que responderam não conseguir realizar alguma das atividades que compõem esta avaliação.

Foram realizadas comparações entre médias por domínio para a escala de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-

Bref) entre os grupos de idosas que apresentaram quedas ou não e de faixa etária (de 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 91 anos). Foi utilizado o teste *t de Student* com a finalidade de encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos segundo cada domínio. O teste *t de Student* é uma técnica empregada, quando desejamos comparar duas médias amostrais, para verificar se elas são estatisticamente diferentes. Esse teste tem o pressuposto de que as distribuições das variáveis contínuas utilizadas sejam aproximadamente normais (gaussianas). Tal pressuposto foi verificado e confirmado para cada distribuição dos domínios da escala por grupo de idosas (que apresentaram quedas ou não).

Utilizou-se a análise fatorial para avaliar a Escala de Apoio Social. Essa análise consiste em uma técnica estatística multivariada, onde suas principais funções são a agregação e a redução da dimensionalidade. De acordo com seus resultados foram considerados quatro fatores: O fator 1 ficou constituído pelo Apoio de Informação e Apoio Afetivo ($\alpha=0,920$). O fator 2 foi composto pelo Apoio Material, mais um item de Apoio Emocional (ter alguém para compartilhar preocupações, principalmente em momentos de doença) e um item de Apoio de Informação (obter bons conselhos em situações de crise), com $\alpha=0,908$. O fator 3 foi composto pelo Apoio de Interação Social Positiva e um item de Apoio Emocional (ter alguém que possa ajudá-lo a compreender problemas), com $\alpha=0,915$. O fator 4 ficou composto por um item de Apoio Emocional (ter alguém para ouvi-lo em momentos difíceis), um de Interação Social Positiva (ter alguém com quem relaxar) e um de Apoio Afetivo (alguém que lhe faça sentir-se querido), com $\alpha=0,879$.

Para a análise dos fatores foram padronizados os escores segundo o número de questões de cada dimensão. Deste modo, a soma de pontos obtidos pelas perguntas de cada uma das dimensões foi dividida pelo escore máximo da mesma dimensão e, por último, foi multiplicado pela razão entre o total de pontos obtidos pela pontuação máxima da dimensão (Griep, 2005). Desta forma, as observações individuais tornam-se comparáveis entre si. Estes escores padronizados foram divididos em três partes definidas como apoio alto, médio e baixo.

1.2. Abordagem qualitativa

Sujeitos

A fim de aprofundar a investigação sobre as percepções, crenças, motivações e atitudes das idosas acerca das questões relacionadas às quedas e à qualidade de vida, foram abordadas 11 pessoas, com 60 anos ou mais, do sexo feminino, residentes em Manguinhos, com preservada capacidade cognitiva e mental, que permitisse a participação na entrevista e que relataram ter sofrido alguma queda no último ano.

Instrumentos

Para esta abordagem, o instrumento usado foi a entrevista semi-estruturada. A técnica da entrevista é considerada por Minayo (2004) como uma

conversa com finalidade. Na modalidade que foi utilizada neste estudo (semi-estruturada), o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às perguntas que servem como guia para o entrevistador.

Foi elaborado um roteiro que continha 7 questões sobre quedas e qualidade de vida (apêndice B). O tempo médio de aplicação dessas entrevistas variou de 15 a 20 minutos.

Todas as entrevistas foram agendadas, sendo necessários cerca de três dias para sua conclusão. Elas foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas e revisadas. Foram realizadas por uma pesquisadora com experiência no atendimento a idosos e aplicadas individualmente, sem interferência de terceiros, nas próprias residências das idosas.

Um diário de campo foi confeccionado para registrar as observações nos locais de moradia das idosas. As entrevistas foram realizadas na própria casa da idosa, onde se puderam observar as condições favorecedoras e os possíveis fatores protetores de quedas. Este diário de campo forneceu informações importantes das condições de moradia das idosas abordadas e que, posteriormente serão indicadas na análise dos resultados.

Novamente, alguns cuidados foram necessários para esta fase do trabalho de campo que contou com outra auxiliar de pesquisa, moradora da comunidade, que ajudou identificando as idosas e acompanhando a pesquisadora nos encontros. Nesse momento também houve o mesmo cuidado antes observado para a entrada da entrevistadora no interior da comunidade.

Análise dos dados

As entrevistas foram interpretadas seguindo os princípios da Análise de Conteúdo, modalidade temática adaptada da proposta de Bardin (1979). A análise de conteúdo foi conduzida basicamente por um recorte interpretativo (Minayo, 2004). Dado o caráter exploratório do estudo, as informações relatadas (conteúdos manifestos) foram priorizadas. A partir desses princípios foram percorridos os seguintes passos de análise: (a) leitura flutuante de todos os materiais; (b) identificação e comparação das diferentes idéias e sentidos contidos em cada pergunta; (c) descrição dos principais significados atribuídos pelas idosas em suas respostas às questões de quedas e qualidade de vida.

Um diário de campo foi confeccionado para registro das observações locais. Como as entrevistas foram realizadas na própria residência da idosa, pode-se observar as condições favorecedoras e os possíveis fatores protetores de quedas. Este diário de campo forneceu informações importantes sobre as condições de moradia das idosas abordadas e que, posteriormente, serão indicadas na análise dos resultados.

1.3. Considerações Éticas

O presente trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla desenvolvida no Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/CLAVES, sobre o estado de direito e a violência contra o idoso, que se guiou pelas recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. A referida pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nela, todos os sujeitos envolvidos foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e implicações de sua participação na pesquisa, foi-lhes garantido o sigilo e o anonimato.

O projeto de dissertação também passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira e recebeu sua aprovação.

Um consentimento livre e esclarecido para participar do questionário, assim como da entrevista, foi assinado pelas participantes deste estudo (apêndice C).

Capítulo 2.

Marco Teórico

2.1. O envelhecimento no Brasil e no mundo

A longevidade é uma conquista da humanidade, que vem acompanhada de muitos desafios na tarefa de proporcionar aos indivíduos que ingressam na fase do envelhecimento, um ambiente propício às suas necessidades.

O grupo etário dos idosos foi o que mais cresceu no Brasil nos últimos 40 anos, como resultado da queda da fecundidade e da mortalidade (Camarano, 2003). Estes fenômenos se devem, em grande parte, aos avanços tecnológicos, às políticas sociais e aos novos estilos e condições de vida que afetam direta ou indiretamente a saúde e a longevidade.

O fenômeno do envelhecimento é mundial e, apesar deste grupo populacional ser maior nos países desenvolvidos, é nos países em desenvolvimento que ele mais cresce. Segundo dados referentes à América Latina, em 2000, a porcentagem de pessoas idosas era de aproximadamente 8,0% da população desta região. As estimativas para o ano 2005 foram de que a porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais corresponde a 8,6% do total de habitantes dessa área (Celade, 2006).

No Brasil, o Censo demográfico de 2000, identificou que as pessoas com 60 anos ou mais representavam cerca de 8,5% da população total. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2004, revelaram que os idosos nesse ano eram aproximadamente 9,7% da população nacional (IBGE, 2004).

Nos países da Europa e América do Norte, o fenômeno do envelhecimento ocorreu de forma paulatina e teve início há quase cem anos atrás. Essa não é a realidade brasileira que tem um processo de envelhecimento que começou na década de sessenta, e é marcado por uma velocidade de expansão sem precedentes (Silva, 2005).

O IBGE estima que para o ano de 2025 a população de idosos brasileiros será equivalente a 15% da população total, correspondendo aproximadamente a 30 milhões de pessoas. Silva (2005) destaca que o envelhecimento no Brasil é muito diferenciado. Se tomarmos como parâmetro o processo vivenciado na França, onde foram necessários 120 anos para que o número de idosos passasse de 7% do total da população do país para 14%, o Brasil vai experimentar um aumento equivalente num período de 20 anos.

A discussão acerca do envelhecimento vem conquistando espaço cada vez maior nos distintos setores da sociedade brasileira, principalmente a partir das últimas décadas do século XX. Esse processo tem sido debatido por estudiosos e especialistas das áreas demográfica, previdenciária, turística e de lazer, dentre outras, ora como algo negativo que onera o Estado, ora como um grupo consumidor para o qual começa a crescer e se desenvolver um lucrativo mercado de ofertas de serviços. Um dos setores que tem se deparado com as questões do

envelhecimento é o da saúde, que precisa responder às crescentes demandas por serviços cada vez mais complexos e especializados que o idoso requer.

A esperança de vida ao nascer na Ásia, de acordo com dados do Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía, nos anos de 2000 a 2005 é de 67,4 anos, enquanto que na América Latina e Caribe chega aos 72,9 anos (CEPAL, 2005).

Para os brasileiros, a esperança de vida vem aumentando ao longo dos últimos anos. Desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer se comparadas aos homens. Como se pode visualizar na tabela 1, as brasileiras vivem em média 7,9 anos a mais que os homens. Para as cariocas, essa diferença é ainda maior e elas chegam a viver em média 11,8 anos a mais que os idosos do sexo masculino (IBGE, 2000). A esperança de vida aos 60 anos de idade também mostra a maior longevidade das mulheres em relação aos homens idosos.

A esperança de vida das mulheres na França é considerada uma das mais altas do mundo e chega a alcançar 82 anos, sete a mais que a dos homens franceses (Peixoto, 2004).

Tabela 1: Anos de vida esperados por ano, segundo sexo. Brasil, Região Sudeste e Estado do Rio de Janeiro.

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER									
	BRASIL			SUDESTE			RIO DE JANEIRO		
SEXO	1997	2000	2003	1997	2000	2003	1997	2000	2003
Masculino	64,09	64,77	65,40	64,63	65,11	65,55	61,71	62,00	62,29
Feminino	71,70	72,55	73,32	73,61	74,32	74,98	72,78	73,49	74,14
Esperança de vida aos 60 anos de idade									
Masculino	15,74	15,98	16,21	15,94	16,15	16,33	15,14	15,28	15,42
Feminino	19,05	19,42	19,78	19,88	20,17	20,49	19,60	19,91	20,25

Fonte: IBGE/Projeções demográficas preliminares

Assim como se verifica em outros países, também no Brasil, há uma porcentagem superior de mulheres na população idosa. Trata-se da feminização da velhice. De acordo com a pesquisa SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – realizada em São Paulo, uma em cada quatro mulheres idosas tem 75 ou mais anos, proporção maior se comparada com a dos idosos do sexo masculino que é de um para cada cinco (Lebrão, 2003). Segundo Camarano (2003) a proporção de mulheres é ainda maior quando se observa a população mais idosa, ou seja, com 80 anos ou mais. No Brasil, no ano de 2000, aproximadamente 60,0% desse grupo populacional era constituído por mulheres.

O índice de feminilidade – medido pelo número de mulheres para cada 100 homens – atingiu 192 na cidade de Santiago no Chile, 176 em Montevideu no Uruguai, 162 em Buenos Aires na Argentina e 142 em São Paulo (Lebrão, 2003). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004 indicam que 9,7% da população brasileira tem mais de 60 anos e entre estes, 56% são mulheres. No Estado do Rio de Janeiro, 10,7% de sua população apresenta 60 ou mais anos de idade e as mulheres representam cerca de 58,5% deste grupo populacional.

No Brasil, 35,2% dos idosos são analfabetos e entre as mulheres, com 60 anos ou mais de idade, essa proporção chega a 37,5%. No Rio de Janeiro 17,3% dos idosos não são alfabetizados e entre as mulheres esse percentual atinge 19,9% delas (IBGE, 2000).

Nos últimos anos, as mulheres idosas chefes de família aumentaram de forma significativa e no ano de 2000, aproximadamente 42,6% delas assumiram esse papel (Camarano, 2003).

Dos 8.964.850 idosos responsáveis pelo domicílio, 37,6% são mulheres. As brasileiras vivem aproximadamente oito anos a mais que os homens e por esse motivo, muitas idosas responsáveis pelos domicílios (93%) vivem sem o cônjuge, mesmo morando com filhos ou outros parentes (IBGE, 2000).

Segundo dados do IBGE (2000) a maioria dos idosos, no Brasil (81,0%), responsáveis ou não por domicílio, mora nas grandes cidades. As capitais com a maior proporção de idosos são Rio de Janeiro (12,8%) e Porto Alegre (11,8%).

Ainda de acordo com o IBGE, no ano de 2000, entre os idosos responsáveis por domicílios, 34,7% não possuíam qualquer instrução ou tinham menos de um ano de estudo, 24,7% tinham de um a três anos de escolaridade e 20,5% possuíam quatro anos de estudo. O rendimento médio para os idosos chefes de domicílio foi de R\$ 657,00 neste mesmo ano.

Alguns estudos demonstram que a prevalência de incapacidades é mais elevada entre as mulheres que entre os homens idosos (Parahyba et al, 2005). Apesar de enfrentarem situações difíceis em relação à situação socioeconômica e de saúde, as mulheres idosas sobressaem em questões como a longevidade e a participação em atividades de suporte social familiar. Apesar de viverem por mais tempo que os homens, as mulheres convivem mais com as limitações advindas com o envelhecimento.

2.1.1. Capacidade funcional

O conceito de saúde adotado para o grupo populacional dos idosos não pode se basear no parâmetro de completo bem-estar físico, psíquico e social

preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mas deve a se reger pelo paradigma da capacidade funcional (Ramos, 2002).

O termo capacidade funcional abrange outras designações como autonomia e independência. Por autonomia entende-se a capacidade do sujeito para eleger as regras de condutas e orientar seus atos nas atividades instrumentais da vida diária. Define-se como independência a possibilidade de realizar atividades da vida diária sem a ajuda de terceiros. Caldas (2003) aborda a questão da capacidade funcional a partir do termo função, o qual representa a capacidade do indivíduo adaptar-se aos desafios cotidianos. Para a autora, a função é avaliada pelo desempenho do indivíduo na execução das atividades básicas (autocuidado, alimentar-se, vestir-se, controlar esfíncteres), instrumentais (realizar tarefas domésticas, administrar medicação) e avançadas (trabalho, atividade de lazer, contatos sociais, exercícios físicos) da vida diária. Assim, a capacidade funcional (autonomia e independência) ou incapacidade (dependência) se estabelecem a partir de um somatório de fatores, constituindo um processo dinâmico que envolve as condições internas do idoso e externas do seu ambiente.

Dentro dessa ótica, a saúde do idoso resulta da interação entre as condições físicas e mentais, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, segundo Ramos (2003) seria o resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional do idoso, sem, contudo, significar ausência de problemas.

Portanto, capacidade funcional do idoso é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades (Lima-Costa et al, 2003a; Litvoc e Brito, 2004).

A capacidade funcional do idoso é determinada e influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais, psicológicas, doenças e alterações fisiológicas do envelhecimento que vão caracterizar o comportamento e o estilo de vida.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 1998 revelam que a posse de bens e, principalmente, a renda familiar e a educação são fatores determinantes das diferenças na prevalência de incapacidade funcional das mulheres idosas no Brasil (Parahyba et al, 2005). Dados dos idosos de São Paulo (Rosa et al, 2003) revelam informações referentes aos determinantes da capacidade funcional dos idosos. Segundo esses autores, os idosos com nível baixo de escolarização apresentaram chance cerca de 5 vezes maior de ter dependência moderada a grave (dependência para quatro ou mais atividades da vida diária). Em relação à situação ocupacional, os aposentados e as donas de casa tiveram chance aproximadamente 8 vezes maior.

As chances de apresentar dependência moderada a grave aumentam com a idade. Entre 65 a 69 anos a chance é de, aproximadamente, 1,9 vezes, aumentando para cerca de 36 vezes entre as pessoas de 80 ou mais anos. As mulheres têm 2 vezes mais chance de apresentarem dependência em relação aos homens. Para os viúvos, a razão de chances foi 3,3 e esse grupo é o de maior oportunidade para a dependência. O fato de morar sozinho foi identificado como fator de proteção para a dependência, embora, estatisticamente não significativo.

Todos os fatores referentes à saúde, segundo Rosa e cols (2003), mostraram associação altamente significativa com a dependência moderada e grave. Chamaram a atenção as chances maiores que 6 vezes para a ocorrência de dependência nos idosos que responderam terem tido AVC e para os que têm algum problema de saúde mental. Além disso, os idosos que sofreram hospitalizações e têm problemas de visão ou audição também apresentaram chances de dependência maiores que 4 vezes.

Todos os fatores referentes a relações sociais apresentaram forte associação com dependência. A chance entre os idosos que responderam não visitar amigos e não visitar parentes foi 6 vezes maior. Chances mais elevadas foram observadas para aqueles que responderam não freqüentar cinema e não praticar esporte, 16 e 15 vezes maior, respectivamente.

Por outro lado, a capacidade funcional também influencia a aderência a tratamentos de saúde e a busca por prevenção de doenças (Litvoc e Brito, 2004). Por esse motivo a manutenção ou a recuperação da independência e a autonomia, ambos determinantes da capacidade funcional é uma prioridade na atenção ao idoso. As políticas públicas que contemplam a população idosa preconizam sua preservação e recuperação.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em dezembro de 1999, tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida do idoso. Neste sentido, estabelece diretrizes essenciais que norteiam a definição ou redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor da saúde na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à

população idosa: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos, e apoio a estudos e pesquisas (Gordilho et al, 2001).

A incapacidade funcional, portanto, é um indicador da conseqüência de doenças ou condições que alteram a independência dos idosos. Este indicador é muito útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, pois muitos deles têm várias doenças associadas que variam em graus de severidade e causam impactos diferenciados na vida cotidiana (Parahyba et al, 2005). Os idosos, que apresentam incapacidades funcionais, restringem sua participação nas atividades familiares e na comunidade. As barreiras ambientais tornam-se intransponíveis para quem é obrigado a conviver com incapacidades funcionais, o que limita as atividades dos idosos distanciando-os do convívio social. Os contatos e as interações sociais positivas que trazem segurança e evitam o isolamento e o sentimento de solidão se tornam reduzidas.

Apesar disso, o envelhecimento não é sinônimo de incapacidade funcional, pois até mesmo no grupo de 85 ou mais anos, muitas mulheres brasileiras não referem qualquer dificuldade nas tarefas diárias, como caminhar mais de um quilômetro (Parahyba et al, 2005).

Baseando-se no conceito de saúde do idoso como capacidade funcional, vários autores desenvolveram instrumentos de avaliação abrangendo as diversas dimensões da capacidade funcional de um idoso.

Lawton desenvolveu um modelo com sete sub-níveis para a capacidade funcional dos idosos. Em ordem crescente de complexidade, os sub-níveis são:

manutenção da vida, saúde funcional, percepção e cognição, auto-manutenção física, auto-manutenção instrumental, eficácia e função social (Shibata et al, 2001). Esse modelo tem sido muito usado no desenvolvimento de instrumentos para avaliar a capacidade funcional dos idosos.

Dentre os instrumentos avaliativos destacam-se as escalas desenvolvidas por Katz e Lawton. Para avaliar a realização das atividades da vida diária (AVD), Katz incluiu as tarefas de autocuidado básico como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, controlar os esfíncteres, transferir-se do leito e se alimentar. As dificuldades ou incapacidades na realização das AVD representam risco elevado para a perda da independência funcional.

Para avaliar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), consideradas mais complexas que refletem a habilidade para adaptação em ambientes sociais e necessárias para manter a vida independente na comunidade, Lawton desenvolveu uma escala que inclui atividades como fazer compras, lavar roupa, usar o telefone, utilizar transporte, manusear dinheiro e tomar a medicação (Lawton e Brody, 1969).

Em estudo realizado por Ramos e cols (1993) identificou-se que 40% das pessoas com 65 anos ou mais necessitam de ajuda para realizar alguma tarefa das AIVD e 10% precisam dessa ajuda nas AVD. Esses dados revelam que a dependência é uma realidade na vida de uma proporção significativa de idosos brasileiros.

Algumas situações de estresse como a perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental ou um

acidente, como é o caso da queda, podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional dos idosos.

2.1.2. Quedas em idosos

A queda é um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial (Moura et al, 1999) com incapacidade de correção em tempo hábil (Santos e Andrade, 2005) e apoio no solo. Não se considera queda quando o indivíduo somente cai de costas em um assento, por exemplo (Paixão Júnior e Heckmann, 2003).

Para uma queda acontecer é necessário que haja uma perturbação do equilíbrio e uma falência do sistema de controle postural em compensar essa perturbação (Paixão Júnior e Heckmam, 2003).

O enfoque epidemiológico dado pelo olhar da saúde destaca as quedas como um dos eventos acidentais e/ou violentos que atingem milhares de pessoas idosas em nosso país e são motivo de internações e de mortes, conforme identificam Souza e cols (1998), Masud e Morris (2001), Fabrício e cols (2004), Gawryszewski e cols (2004a, 2004b) e Minayo e Souza (2005).

A queda é uma importante causa de morbimortalidade na população envelhecida do Brasil. Este evento é uma das formas mais comuns de manifestação não-específica de doenças agudas entre a população mais velha (Paixão Júnior e Heckmam, 2003). Entre os idosos, considerados como população

vulnerável, a prevalência de quedas acidentais toma proporções cada vez mais significativas.

A literatura internacional especializada aponta que aproximadamente 30% das pessoas idosas não institucionalizadas com 65 anos ou mais caem pelo menos uma vez e cerca de 15,0% caem duas vezes ou mais durante um ano (Stel et al, 2004). A incidência de quedas entre idosos saudáveis é de 15,0%, e metade dessas pessoas voltam a cair várias vezes (Masud e Morris, 2001).

A prevalência de quedas entre pessoas com 60 ou mais anos, é de 34,0% em Santiago/Chile, 33,5% na cidade do México, 29,0% em São Paulo/Brasil, 28,5% em Buenos Aires/Argentina e de 27,0% em Montevideo/Uruguai (Reyes-Ortiz et al, 2005). Na cidade do Rio de Janeiro, um estudo transversal (Rozenfeld et al, 2003) realizado com mulheres de 60 anos ou mais de idade, no ano de 1996, identificou que 23,3% delas havia caído uma vez e 14,0% apresentaram duas ou mais quedas no último ano.

Em 2005, as hospitalizações de pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, por queda, representaram 2,76% de todas as internações de idosos no país. No estado do Rio de Janeiro, o percentual de hospitalizações por queda entre os idosos atingiu 3,66% de todas as internações de idosos no estado (MS, 2006). É preciso levar em consideração que essas foram as quedas mais graves e que exigiram cuidados hospitalares mais intensos, mas uma grande parcela desses eventos não leva o idoso a procurar os serviços de saúde por não apresentarem seqüelas tão graves como uma fratura ou algum outro tipo de ferimento. Além disso, alguns casos são atendidos em serviços de emergência ou postos de saúde.

Além da morbidade advinda da queda, a mortalidade entre os idosos por esta causa externa é muito comum e seus registros podem ser encontrados em diversos estudos já realizados no país. Fabrício e cols (2004) mostraram em seu trabalho, realizado com 50 idosos, que 28% deles faleceram por conseqüências diretas da queda, entre elas, fraturas e lesões neurológicas. Outro fato a ser levado em consideração é que a maioria dos óbitos ocorreu entre as mulheres (78,5%). Somente no estado do Rio de Janeiro, 441 pessoas idosas morreram por causa das quedas em 2004 e essas mortes representaram 1,0% de todos os óbitos de idosos no estado. No Brasil, em 2004, as mortes por queda entre os idosos chegaram a 3.024 e esse percentual representou 0,6% de todas as mortes de idosos no país (MS, 2006).

A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesqueléticos de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parecem predispor à queda (Pereira et al, 2001).

As causas da queda podem estar relacionadas a fatores que podem ser classificados como intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos. Os extrínsecos dependem de circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios à pessoa idosa (Fabrício et al, 2004).

O envelhecimento traz consigo algumas alterações fisiológicas que podem interferir nas habilidades funcionais das pessoas como dificuldades visuais e auditivas, distúrbios vestibulares e proprioceptivos, aumento do tempo de reação à

situações de perigo, diminuição da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural, distúrbios músculo-esqueléticos: degenerações articulares, fraqueza muscular, estilo de vida sedentário e deformidades dos pés (Pereira et al, 2001). Segundo Paixão Júnior e Heckmann (2003) o envelhecimento é um processo progressivo, no qual o indivíduo apresenta uma tendência à lentidão dos mecanismos de integração do sistema nervoso central que são importantes para os reflexos que mantêm a postura, e este fato pode predispor o idoso às quedas.

Algumas doenças podem estar relacionadas às quedas por apresentarem sintomas ou conseqüências que as propiciem. Entre elas podemos destacar as cardiovasculares (hipotensão postural, crise hipertensiva, arritmias cardíacas, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, síncope vaso-vagal e insuficiência vértebro-basilar), as neurológicas (hematoma sub-dural, demência, neuropatia periférica, acidente vascular cerebral e suas seqüelas, acidente vascular cerebral isquêmico transitório, parkinsonismo, delirium, labirintopatias e disritmia cerebral), as endócrino-metabólicas (hipo e hiperglicemias, hipo e hipertireoidismo), as pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e embolia pulmonar) e as psicológicas (depressão, ansiedade, demência, estados confusionais agudos, medo de cair, negação das limitações físicas). Distúrbios psiquiátricos (depressão), anemia (sangramento digestivo oculto), hipotermia e infecções graves (respiratória, urinária, sepse) também estão associados ao risco de cair entre os idosos (Pereira et al, 2001).

Os fatores de risco psicológicos, apesar de pouco estudados exercem uma grande influência na ocorrência das quedas. Ishizuka (2003) aponta, como causa das quedas em idosos, a depressão que altera o nível de atenção, diminui a auto-

confiança, provoca inatividade e indiferença ao ambiente; ansiedade que aumenta a insegurança e pode causar tonturas, arritmias e dispnéia; a demência que leva a diversas limitações cognitivas e também pode estar associada à depressão e ansiedade; estados confusionais agudos, responsáveis por agitação, alteração da consciência, ilusões e alucinações; negação das limitações físicas que pode contribuir para que os idosos ultrapassem seus limites e acabam sofrendo quedas e por fim, o medo de cair que pode atuar como fator protetor ou um risco quando causa limitação das atividades e insegurança.

O uso de medicamentos, muito comum entre os idosos, provavelmente pela coexistência de doenças crônicas é um fator de risco importante para as quedas. Algumas drogas são especificamente associadas ao grande número de ocorrência delas como os ansiolíticos, hipnóticos e antipsicóticos; os antidepressivos; os anti-hipertensivos; os anticolinérgicos; os diuréticos; os anti-arrítmicos; os hipoglicemiantes; os antiinflamatórios não-hormonais e o uso de polifármacos (Pereira et al, 2001).

Muitos estudos nacionais e internacionais avaliaram grupos de idosos e estabeleceram alguns fatores mais comumente encontrados entre eles. Dentre esses fatores podemos citar: idade, sexo feminino, equilíbrio diminuído, marcha lenta e passos curtos, fraqueza muscular dos membros inferiores, capacidade funcional comprometida, depressão, deficiência cognitiva, doenças crônicas, fratura anterior, dificuldades visuais, baixa autoconfiança, medo de cair, uso de sedativos e polifarmácia (Stel et al, 2004; Perracini e Ramos, 2002; Pereira et al, 2001; Perracini, 2000). Para as quedas recorrentes os fatores associados são: história prévia de fratura, sexo feminino, estado conjugal (viúvos, desquitados ou

solteiros), não referir leitura como atividade de lazer, dificuldades visuais e dificuldade nas atividades da vida diária (Perracini, 2000).

Os fatores extrínsecos relacionados ao ambiente que circunda a pessoa idosa, como sua própria residência e os locais públicos que ela frequenta, são motivos de quedas com graves conseqüências para esses sujeitos.

Existem algumas constatações que devem ser levadas em consideração quando se fala em idoso e queda. Uma delas é que os idosos caem mais em seu próprio lar do que na rua ou em outros ambientes (Fabricio et al, 2004; Coutinho e Silva, 2002). Mais de 70% das quedas ocorrem no interior da residência, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco (Pereira et al, 2001). As atividades que os idosos são encarregados de realizar e alguma instabilidade funcional podem ser os responsáveis pela geração de situações de risco (Perracini e Ramos, 2002).

Fatores ambientais podem ter um papel importante em até metade de todas as quedas. As residências brasileiras não são preparadas e adaptadas para atender às necessidades dos idosos e, por esse motivo, as quedas ocorrem com maior frequência nesse local. Entre os fatores ambientais que podem levar uma pessoa idosa a sofrer uma queda estão: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, calçados inadequados, patologias nos pés, maus-tratos, roupas excessivamente compridas e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades (Pereira et al, 2001).

O maior risco de cair ocorre quando o idoso apresenta vários fatores de risco associados. Os fatores intrínsecos e extrínsecos agem de forma complementar.

As conseqüências das quedas para uma pessoa idosa são um fator de morbidade considerável, podendo gerar seqüelas permanentes e incapacidades. No estudo realizado por Stel e cols (2004) foi constatado que 35,3% dos idosos que caíram relatam um declínio no estado funcional, 16,7% diminuíram suas atividades sociais e 15,2% da população do estudo mostraram um declínio em suas atividades físicas como conseqüência direta da última queda. Os idosos que sofreram quedas restringem suas atividades devido a dores persistentes, incapacidades por lesões associadas, medo de cair novamente, por atitudes protetoras das pessoas que os cercam (cuidadores/familiares) ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde (Downton, 1998; Fabrício et al, 2004).

A lesão mais freqüente em conseqüência das quedas é a fratura de fêmur e, novamente, aparece a mulher sofrendo o dobro de fraturas do fêmur se comparada com os homens (Gawryszewski et al, 2004b).

O fato de ter experimentado uma queda com alguma conseqüência, como, por exemplo, uma fratura, parece atribuir à pessoa idosa uma maior vulnerabilidade a novos episódios de queda, independentemente da freqüência deles. Por esse motivo é que se torna necessário evitar o primeiro evento e também monitorar os idosos que já caíram (Perracini e Ramos, 2002).

Todas essas questões relacionadas às quedas suscitam reflexões sobre como e em que condições vivem as pessoas idosas que experimentaram esse

evento. A partir de então, torna-se necessário uma discussão das questões relacionadas à qualidade de vida no envelhecimento.

2.2. Qualidade de vida no envelhecimento

A noção de qualidade de vida é usada no campo da saúde como uma tentativa de compreensão mais abrangente do que seja bem-estar humano e social.

Assim como a velhice é uma experiência heterogênea, a qualidade de vida nesse período da existência humana é um fenômeno multidimensional e multideterminado.

O conceito de qualidade de vida no envelhecimento abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional e as capacidades adquiridas ao longo da vida, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o trabalho, as políticas sociais e as redes de apoio como o suporte familiar e o ambiente em que o idoso vive (Vecchia et al, 2005; Camarano, 2003).

O conceito de qualidade de vida pode ser concebido como uma representação social com parâmetros objetivos – satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade – e subjetivos – bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal (Minayo et al, 2000). Além desses parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual, bem-estar coletivo, fatores políticos e de desenvolvimento

humano. Em relação à saúde, “as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si” (p.10). Segundo Matos (1999), quanto mais aprimorada é a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida.

A construção de um modelo conceitual multidimensional foi realizada por Lawton e é amplamente conhecido na literatura gerontológica internacional (Neri, 2001), e contém quatro dimensões conceituais: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

A competência comportamental se refere à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. É avaliada através das atividades de vida diária – AVD e das atividades instrumentais da vida diária – AIVD.

Estudos epidemiológicos apontam que apenas 4% das pessoas com mais de 65 anos apresentam incapacidade acentuada e 20% apresentam um leve grau de incapacidade. Depois dos 85 anos, a incapacidade é cerca de cinco vezes maior do que aos 65 anos, e a proporção de idosos com incapacidade moderada sobe para 46% (Neri, 2001).

A qualidade de vida na velhice tem relação direta com as condições ambientais que permitem o desempenho de comportamentos adaptativos e saudáveis. Um ambiente físico propício, convivência familiar harmônica e boa relação com amigos e vizinhos parecem ser fatores responsáveis pelo bem-estar na velhice.

Qualidade de vida percebida é um elemento subjetivo e se refere à avaliação que cada pessoa faz sobre seu próprio comportamento, no domínio das competências comportamentais.

O bem-estar psicológico reflete a avaliação pessoal sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as áreas de competência comportamental, das condições ambientais e da qualidade de vida percebida. Para a avaliação do bem-estar subjetivo deve-se considerar: a experiência individual; a avaliação global e a dos domínios tais como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares, espiritualidade e medidas cognitivas (satisfação) e emocionais (afetos positivos e negativos).

Outros autores (Xavier et al, 2003) colocam a existência de fatores internos e externos que interferem na qualidade de vida de idosos. Os fatores internos dizem respeito à interpretação dos prejuízos e as expectativas a respeito da saúde e, além desses, a resiliência entendida por esse autor como a capacidade emocional de reconhecer os fatores estressantes. Segundo Assis e cols (2006) resiliência se refere à capacidade de superação do ser humano frente às adversidades da vida. Os externos funcionam como fatores que suavizam o impacto dos eventos negativos e entre eles estão o suporte familiar e os recursos econômicos.

Vecchia e cols (2005), em uma pesquisa sobre a compreensão do que vem a ser qualidade de vida para os idosos, encontraram diversos fatores que influenciam a vida no sentido de uma boa qualidade. São eles: relacionamentos interpessoais, boa saúde física e mental, bens materiais (casa, carro, salário, acesso a serviços de saúde), lazer, trabalho, espiritualidade, honestidade e

solidariedade, educação (ao longo da vida) e ambiente favorável (sem poluição e sem violência). Esses fatores também são confirmados por outros autores (Koo et al, 2004; Xavier et al, 2003; Hwang et al, 2003).

Souza e cols (2003), citando Martin e Stockler (1998), afirmam que para compreender este tema deve-se basear na distância existente entre as expectativas individuais e a realidade. Quanto menor for essa distância, maior a qualidade de vida.

Embora não haja um consenso acerca da definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) considera que a subjetividade, a multidimensionalidade e as dimensões positivas e negativas são aspectos fundamentais para a compreensão deste construto.

O desenvolvimento desses aspectos levou à definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994: 45).

Capítulo 3.

Caracterização da área e dos sujeitos

3.1. O Complexo de Manguinhos

Manguinhos, inicialmente, era uma área constituída de chácaras e fazendas rurais que abasteciam o centro urbano. Sua ocupação acompanhou o processo de transformação urbana que teve início a partir de 1886 com a implantação da Estrada de Ferro da Leopoldina e, logo depois, com a criação da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. A partir de então houve uma ocupação desordenada da região que se acelerou nas décadas de 50 e 60, com a política de remoção das favelas do centro da cidade e próximas à zona Sul para a área estudada (Bodstein et al, 2001).

A região de Manguinhos está situada na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Faz parte do IV Distrito Sanitário, antiga área de planejamento 3.1 e está localizada ao longo da Estrada de Ferro Leopoldina (Valla et al, 2005). É formada por 12 comunidades: Conjunto Habitacional Provisório/CHP2, Conjunto Ex-Combatentes, Conjunto Nelson Mandela, Conjunto Samora Machel, Mandela de Pedra (I e II), Parque Carlos Chagas, Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz, Varginha, Vila Turismo, Vila União – Cabo Verde e Vitória de Manguinhos.

Sua população atual é de aproximadamente 50.000 habitantes, sendo que 51,6% são pessoas do sexo feminino. Possui cerca de 12.000 domicílios, sendo que 70% deles são assentamentos regulares e os demais 30% estão construídos em áreas consideradas irregulares, provisórias ou de risco (Bodstein et al, 2001).

De acordo com Bodstein e cols (2001) a área do Complexo de Manguinhos abriga uma extensa população em condições de pobreza e miséria. Dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro a classificaram na 155ª posição entre os 161 bairros do município, e a renda *per capita* de seus moradores fica em torno de R\$ 148,00. Além disso, cerca de 45% da sua população economicamente ativa encontra-se no mercado informal de trabalho.

Até hoje, esses espaços concentram grandes e graves insuficiências, precariedades e ausência de infra-estrutura urbana e de serviços públicos de educação, saúde, cultura, lazer e segurança pública.

É importante chamar a atenção para o fato de que o Complexo de Manguinhos não é uma região homogênea, onde todos os moradores partilham das mesmas condições de vida. Essa região é marcada por profundas diferenças e contrastes socioeconômicos, embora o denominador comum do ambiente seja indiscutivelmente a pobreza.

Segundo dados de um relatório de Notas Técnicas da prefeitura do Município do Rio de Janeiro (2003), Manguinhos apresenta uma taxa de alfabetização de 82% de sua população, considerada baixa em relação à média dos outros bairros da cidade (93%). A população com escolaridade superior é de cerca de 3,2%, muito inferior se comparada à média do município (18,2%). Embora morando na mesma cidade a população de Manguinhos vive em média

7,8 anos menos do que a população residente no município do Rio de Janeiro. A expectativa de vida em Manguinhos é 57,4 anos, média bem menor comparada aos 65,2 anos esperados para a população do Rio de Janeiro.

A palavra favela, historicamente, surgiu ainda no século XIX para nomear uma forma de habitação popular construída nas encostas do Rio de Janeiro. A população desses locais era constituída, em sua maioria, por ex-escravos que antes viviam nos cortiços no centro da cidade (Burgos, 2005).

Ainda de acordo com Burgos (2005) a palavra favela foi incorporando gradativamente uma conotação negativa muito distinta de sua função original que era de descrição de um espaço e assumindo uma dimensão sociocultural. O vocábulo passou então a designar um espaço marcado pela ausência dos referenciais da cidade: urbanicidade, higiene, ética do trabalho, progresso e civilidade.

Um sintoma dos espaços típicos das favelas é a existência dos “donos do lugar”, de gangues de traficantes de drogas e armas (Burgos, 2005). Burgos (2005) traz uma importante contribuição quando afirma que essas comunidades têm uma vocação para o desenvolvimento de organizações socioculturais, enraizadas na vida local. Nessas organizações existem autoridades informais locais, legitimadas por identidades coletivas territoriais e que podem ser de natureza legal ou ilegal, como é o caso do narcotráfico que negocia até mesmo o acesso da favela aos bens públicos da cidade.

Com graves problemas habitacionais e ambientais, Manguinhos constitui um enorme desafio à administração pública. Sem dúvida, nesse cenário existe uma falência das políticas públicas (nos níveis federal, estadual e municipal) em

suprir essas comunidades com infra-estrutura de serviços sociais públicos de qualidade, recuperando os déficits existentes, e com planejamento para suprir as necessidades de forma a integrar essas comunidades ao conjunto de bairros da cidade (Bodstein et al, 2001).

Em uma Pesquisa de Percepção da População realizada pelo Plano Estratégico 2001-2004, da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, os moradores apontaram as debilidades da região e, conseqüentemente, prioridades para a atuação. Em sua avaliação, colocaram o enfrentamento à violência e à criminalidade como questão prioritária, seguida pelas necessidades de serviços de saúde, saneamento e de transporte.

As comunidades de Manguinhos têm uma relação com a FIOCRUZ que envolve vários projetos que incluem atividades de pesquisa e ensino. Muitos estudos foram promovidos em seu meio devido às suas condições de proximidade geográfica com essa instituição de Saúde Pública. A FIOCRUZ possui no seu interior uma unidade de saúde que se destina ao atendimento à saúde da população da área.

No estudo realizado por Bodstein e cols (2001), por meio de um diagnóstico rápido participativo, a população de Manguinhos apresentou demandas e expectativas que revelaram suas reais dificuldades. Em primeiro lugar explicitaram sua preocupação com a profissionalização dos jovens que convivem com uma alta taxa de desemprego e ociosidade, levando-os a estar numa fronteira tênue entre a desocupação, subemprego, desemprego e a influência do tráfico. Outras demandas identificadas e já apontadas, na pesquisa de Percepção realizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, estiveram relacionadas aos serviços de saúde no

interior da comunidade, áreas de lazer, ampliação e melhoria da infra-estrutura urbana (reurbanização e saneamento).

Valla e cols (2005), numa pesquisa que utilizou como instrumento de coleta de dados uma Ouvidoria Coletiva com grupos populares em Manguinhos, apontaram múltiplos problemas enfrentados por seus moradores. A falta de alimento, que muitas vezes é conseguido através de sobras recolhidas na Central de Abastecimento da Guanabara e pelas crianças, por meio da merenda escolar; a precariedade das habitações, sem segurança e higiene; a violência e a influência do tráfico de drogas, que impõem sua própria política habitacional, de segurança e de regulação da vida na comunidade. Também foram ressaltados problemas como a falta de higiene, o uso de drogas (sobretudo cola de sapateiro e maconha) para enganar a fome, e de mães que deixam de levar seus filhos ao médico pois não podem faltar ao emprego, considerados pelos moradores como importantes determinantes de agravos à saúde.

No período de dezembro de 2002 a novembro de 2003, foi feito um estudo com 234 pessoas com 60 ou mais anos, residentes em Manguinhos, pela organização não governamental Grupo de Estudos sobre Envelhecimento e Saúde do Idoso/GENESIS. Destes, 63,2% estavam na faixa dos 60 a 69 anos; 76,3% eram do sexo feminino; 34,2% possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos; 42,1% eram viúvos. Os dados mostraram que cerca de 16% (38 idosos) haviam sofrido algum tipo de violência física (38%), psicológica (23%) ou material (23%). Dentre os que sofreram algum tipo de violência 25% não participavam de qualquer grupo social. A presença de comorbidades também apareceu como fator predisponente à violência, pois 96% das suas vítimas

apresentavam vários problemas de saúde associados. A pesquisa concluiu que a inserção dos idosos em grupos, a utilização da rede informal de apoio e a criação de uma rede formal de proteção podem contribuir, de forma significativa, para a melhoria da qualidade de vida do idoso em favelas, diminuindo o risco de exposição à violência (Gênesis, 2003).

Mais recentemente, Manguinhos tem sido alvo de um movimento denominado Agenda Redutora de Violência. Trata-se de um programa interinstitucional, criado em 2005, que além da diminuição da violência, visa a revitalização da área, através da criação de espaços de lazer e de projetos sociais extremamente ausentes nestas comunidades. Surgiu da reivindicação de seus moradores junto a vários órgãos instalados nas proximidades da área, dentre os quais a FIOCRUZ, a Empresa Brasileira de Telecomunicações/EMBRATEL, a Empresa Brasileira de Correios, a Linha Amarela SA -LAMSA, entre outras.

O diário de campo, feito durante as visitas em Manguinhos, registrou as impressões das pesquisadoras sobre as condições locais de infra-estrutura e ausência de serviços públicos. As primeiras ruas que dão acesso à favela possuem calçamento, mas no interior da comunidade as ruas são muito estreitas e sem pavimentação, com muitos buracos, entulhos e lixo amontoados e em dias de chuva, a lama é uma dificuldade a mais para transitar nesses locais.

Apesar da sensação de insegurança, que se tem logo ao entrar na comunidade, devido às pessoas que disfarçadamente procuram analisar o visitante, existe uma “estranha” normalidade no local, como se aquele fosse um bairro como qualquer outro, com mais mazelas, mas com vida própria. No seu

interior, Manguinhos possui comércio próprio, pessoas transitando a pé, de moto ou carro, crianças brincando nas ruas, idosos sentados nas portas das casas e em atividades de sua vida diária. Entre um confronto (tiroteio) e outro, entre os narcotraficantes, a vida corre dentro da normalidade possível.

3.2. Caracterização das idosas

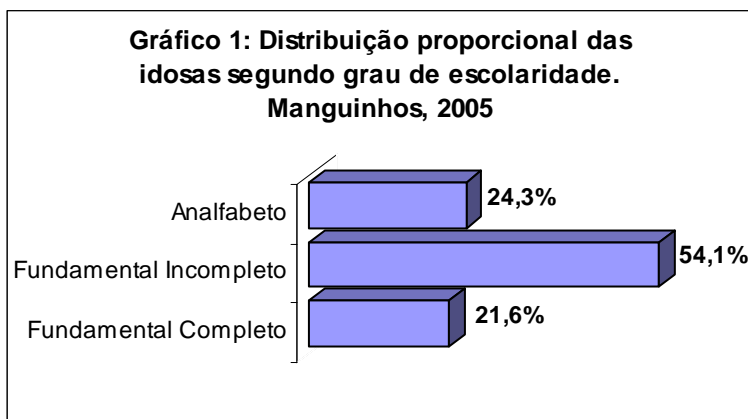
Foi aplicado um questionário a 37 idosas, das quais 43,2% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 37,8% de 70 a 79 anos e 18,9% com 80 a 91 anos.

No gráfico 1 vê-se que a escolaridade desse grupo é baixa, refletindo um pouco o nível de ensino formal alcançado pela população da área. Mais da metade das idosas entrevistadas sequer concluiu o ensino fundamental. O índice de analfabetismo também é alto, abrangendo 23,3% delas.

A proporção de idosas analfabetas nesse grupo é maior que a da população geral de Manguinhos com mais de 25 anos de idade, que apresenta 10,6% de pessoas analfabetas e de analfabetos do município do Rio de Janeiro que é de 4,9% (Censo IBGE, 2000). Por outro lado, Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 1998 apontam que 41,9% das mulheres idosas brasileiras são analfabetas (Parahyba et al, 2005) e, nesse caso, a proporção de idosas analfabetas no grupo estudado é menor que a da população geral.

Ao contrário das idosas de Manguinhos, entre os idosos de Porto Alegre que participaram de um estudo, apenas 5,6% são analfabetos; 53,8 fizeram o ginásial, 10% o secundário e 10% o curso superior (Grossi e Souza, 2003). Em um

grupo de idosos de Portugal, o índice de analfabetismo não ultrapassa os 12% e apenas 15% deles frequentaram o Ensino Médio (Sousa et al, 2003).



Apenas 8,1% das idosas fizeram algum curso profissionalizante, enquanto 91,91% nunca o fizeram. Ao observar a tabela 2, onde se encontram as principais atividades exercidas ao longo da vida, fica claro a falta de melhor capacitação profissional, aliada à baixa escolaridade já mencionada, pois tratam-se de atividades que não requerem maiores qualificações e que, conseqüentemente, são pouco remuneradas.

As principais atividades laborais exercidas são as “do lar” (35,1%), empregada doméstica (24,3%), costureira (8,1%) e babá (8,1%). Convém ressaltar que muitas das atividades abaixo não são mais exercidas.

Tabela 2: Distribuição das idosas segundo principal atividade exercida. Manguinhos, 2005

ATIVIDADE	N	%
Do lar	13	35,2
Empregada doméstica	9	24,3

Costureira	3	8,1
Diarista	3	8,1
Babá	2	5,4
Passadeira	2	5,4
Cozinheira	1	2,7
Lavadeira	1	2,7
Companhia de limpeza	1	2,7
Marcineira	1	2,7
Vendedora	1	2,7
Total	37	100,0

Perguntadas sobre a cor da pele, 78,3% das idosas responderam que são pardas ou negras, 18,9% se consideram brancas e houve ainda uma proporção de 2,7% que informaram ser de outra cor.

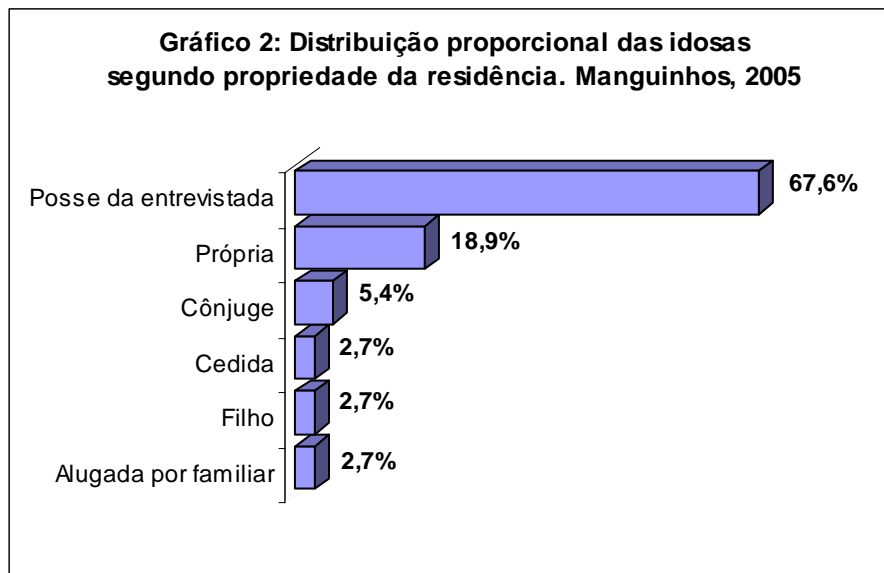
Outro dado investigado foi a situação conjugal. Em relação a essa condição 62,2% das idosas disseram que não possuem um cônjuge, enquanto 37,8% afirmaram que sim. Apesar disso, por uma dificuldade de entendimento da questão ou porque elas moram com o companheiro, mas não vivem maritalmente com ele, uma proporção maior de idosas (40,5%) afirmam morar com o cônjuge, outros 40,5% vivem com os filhos, 40,5% convivem com netos e 2,5% com noras. Importa destacar que 16,2% delas moram sozinhas. Estes dados estão em conformidade com a PNAD de 1998 que revelou que 14,8% das mulheres idosas vivem sozinhas no Brasil (Lima-Costa et al 2003b).

As mulheres, em geral, têm uma esperança de vida maior que os homens, que por sua vez se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de recasamento (Lebrão, 2003). Por esse motivo, é comum a predominância de mulheres viúvas entre a população idosa.

Entre os idosos de Porto Alegre 21,3% vivem sozinhos e 78,7% moram com a família (Grossi e Souza, 2003). Em João Pessoa, 14,8% dos idosos vivem sozinhos, 27,3% com seus cônjuges e 55,5% com outros familiares (Santos et al, 2002). Um estudo realizado em Portugal identificou que 65,9% dos idosos moram com a família e 21,2% vivem sozinhos (Sousa et al, 2003).

Diante dos dados acima comparados, percebemos a existência de menores proporções de idosos sozinhos e maiores proporções vivendo com familiares em João Pessoa. Por outro lado, há mais idosos vivendo com cônjuge no Rio de Janeiro. Certamente essas diferenciações passam por características sócio-demográficas e culturais das cidades aqui consideradas, indicando que em uma cidade menor como João Pessoa o idoso pode contar mais com o apoio da família.

Concordando com as características da área, percebe-se que 67,4% das idosas residem em moradias que são posse, ou seja, não têm registro de propriedade do imóvel (gráfico 2). Essa informação, somada àquelas que afirmam que sua casa é própria perfaz 86,3%. Contudo, é importante frisar que, o fato de possuir o imóvel onde mora não garante conforto e segurança para a idosa, porque muitas dessas moradias são extremamente precárias e mesmo improvisadas, como é a grande parte dos imóveis da área. Vale a pena destacar que, mesmo nestas circunstâncias, ainda existe uma pequena parcela de idosas que reside em casas alugadas por algum familiar. A PNAD de 1998 mostra que 85,4% das mulheres idosas brasileiras vivem em residências que são próprias (Parahyba et al, 2005).



Foi observado também que 67,5% das idosas que responderam ao questionário são pensionistas e aposentadas, enquanto 16,2% são aposentadas, mas continuam trabalhando. Apenas uma idosa é aposentada e pensionista (tabela 3). No estudo de Grossi e Souza (2003) com 169 idosos de Porto Alegre 73,3% deles tinham renda proveniente da aposentadoria e 30,3% de pensão. Em outro estudo realizado num bairro de periferia do município de Jequié, Bahia, 92% dos idosos eram beneficiários da previdência social recebendo apenas um salário mínimo (Souza e cols, 2004).

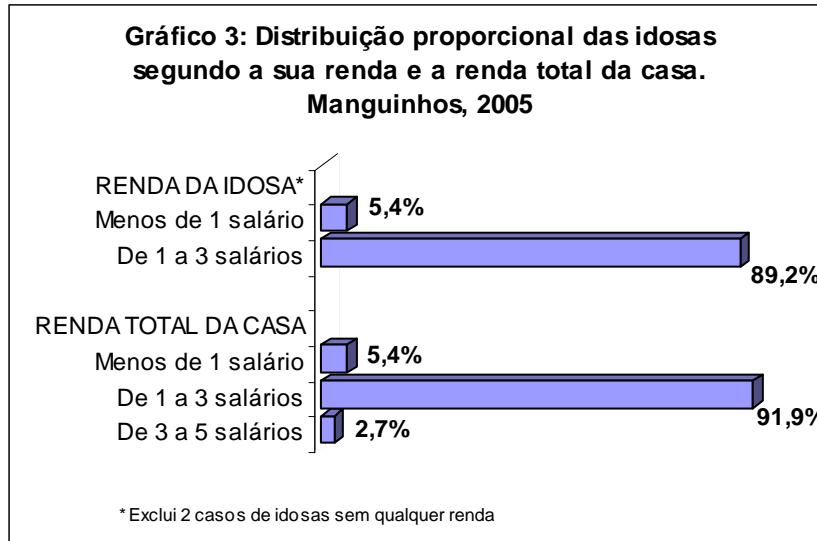
Tabela 3: Distribuição das idosas segundo situação ocupacional. Manguinhos, 2005

SITUAÇÃO OCUPACIONAL	N	%
Trabalha	1	2,7
Trabalha + Aposentada	6	16,2
Aposentada	9	24,4
Pensionista	16	43,2

Aposentada + Pensionista	1	2,7
Nenhuma das acima	4	10,8
Total	37	100,0

Ao serem questionadas sobre o número de pessoas da casa que trabalham, a maior parte (54,1%) do grupo respondeu que apenas uma pessoa trabalha e 21,6% responderam ter duas pessoas em sua casa que trabalham. Para um grupo de 18,9% de idosas não há nenhuma pessoa da casa em que moram trabalhando. Isso pode significar que o grupo familiar sobrevive com os rendimentos da idosa.

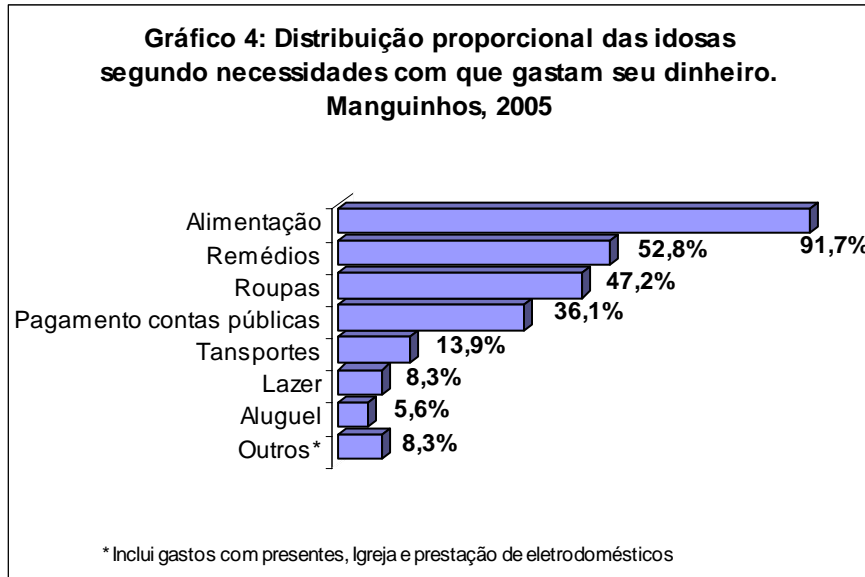
O gráfico 3 mostra a distribuição das idosas segundo a sua renda mensal e a renda mensal total das pessoas que vivem na casa. Como se pode ver, a maioria das entrevistadas tem uma renda de 1 a 3 salários mínimos (89,2%), enquanto 5,4% recebem menos de um salário. A maior proporção da renda total da casa (91,9%) também se concentra nessa mesma faixa de renda. Apenas 1 idosa referiu que a renda total da casa onde mora é de três a cinco salários. Esses dados estão de acordo com a renda *per capita* média da região de Manguinhos que, segundo o Censo 2000 era de R\$213,90, o que corresponde a 1,5 salário da época (Censo IBGE, 2000).



Em 86,5% dos casos a renda da idosa ajuda no orçamento familiar. Esse fato pode ser melhor compreendido ao se observar o gráfico acima onde a renda das idosas é muito parecida com a renda total da casa, o que leva a crer que, em muitos casos, é o idoso quem sustenta a família. Talvez por isso, 85,7% tenha respondido que são elas mesmas que administram seu dinheiro, enquanto a ajuda do filho aparece em 14,3% das respostas e a do cônjuge em 8,6% dos casos.

Esse fato foi verificado também no estudo de Souza e cols (2004) onde 94% dos familiares cuidadores diziam depender de ajuda financeira dos próprios idosos que cuidavam.

Alimentação, remédios, roupas e pagamento de contas públicas são os itens com os quais as 36 idosas que responderam a esta questão costumam gastar mais, segundo mostra o gráfico 4.



Como se vê, são gastos com elementos básicos e fundamentais para a sua sobrevivência. Chama atenção o pagamento de contas públicas aparecer como importante elemento de gasto para a idosa, em uma área onde grande parte dos serviços públicos são instalados ilegalmente. Valeria a pena investigar melhor que serviços estão sendo pagos. Aqui também aparece o gasto com um item que é um direito do idoso - o transporte gratuito – mostrando claramente que o mesmo não é respeitado pelas empresas de transporte coletivo. O aluguel aparece como um gasto a mais no orçamento da idosa.

Os idosos do estudo feito em Porto Alegre também afirmaram que seus maiores gastos são com alimentação (46,3%) e 23,3% com remédios (Grossi e Souza, 2003). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, 50% dos idosos brasileiros têm renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo e aproximadamente um quarto (23%) dessa renda é comprometida com medicamentos (Lima-Costa et al, 2003a).

Capítulo 4.

Resultados e Discussão

A investigação acerca dos fatores de risco que predispõem as idosas às quedas, bem como de seu estado de saúde foi realizada a partir de vários aspectos físicos, emocionais e ambientais. A escala de apoio social foi aplicada para medir a disponibilidade de suporte com que as idosas contam nas áreas afetiva, emocional, material, informacional e de interação social.

As conseqüências das quedas, tão freqüentes entre os idosos e, sobretudo entre as mulheres nesta faixa etária também foram enfocadas. A Escala de Lawton foi aplicada para verificar o grau de independência dessas mulheres em relação às atividades instrumentais da vida diária.

Além dessas questões, a qualidade de vida, analisada através do WHOQOL-Bref, bem como as percepções das idosas e as análises realizadas em relação às quedas e suas influências na vida das idosas são mostradas na presente seção.

4.1. Quedas e qualidade de vida

4.1.1. Caracterização das quedas e suas conseqüências

Entre as 37 idosas que responderam ao questionário, 40,5% relataram ter sofrido queda durante o último ano. Esse achado é muito próximo ao de Guimarães e Farinatti (2005) que encontraram 43,0% de idosas que caíram no último ano, em um grupo de mulheres com 60 ou mais anos que freqüentam um programa de atividade física da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e bem menor que o encontrado por Fabrício e cols (2004), em um grupo de idosos em Ribeirão Preto onde 54,0% deles haviam caído no último ano.

Entre as que responderam afirmativamente à queda no questionário, 80,0% disseram que caíram somente uma vez, enquanto 20,0% sofreram duas quedas. Entre as idosas que participaram da entrevista, todas relataram ter caído mais de uma vez.

Nas entrevistas é nítida a percepção das idosas de que as quedas são um sinal de fracasso do indivíduo e se devem a algum problema de saúde, que traz “fraqueza” ao corpo dos mais velhos. Muitas idosas, à primeira vista negaram já ter passado por esta experiência, mas no decorrer da entrevista os relatos de quedas vieram à tona revelando o receio de admitir que em algum momento suas forças falharam e as fizeram cair. Segundo elas, os idosos já trabalharam durante toda a vida e por esse motivo se sentem cansados e enfraquecidos. Outras afirmam que as quedas ocorrem por falta de cuidado ou porque os medicamentos de uso contínuo prejudicam os ossos. Além dessas explicações as idosas apontam a menopausa e as situações “complicadas” como as dificuldades financeiras e os conflitos familiares como causa da ocorrência de quedas nos mais velhos.

As idosas residentes em Manguinhos enfrentam situações adversas no ambiente em que estão inseridas que podem proporcionar desequilíbrios, como moradias improvisadas, ruas sem infra-estrutura e locais sem adaptações para as limitações próprias do envelhecimento. Talvez por esse motivo, a maioria das quedas aconteceu fora da residência da idosa (52,9%), mas é importante considerar os 47,1% dos casos em que este evento se deu dentro da própria casa da idosa.

O local onde ocorre a queda parece estar relacionado com as habilidades que a idosa apresenta para realizar as tarefas da vida diária e com a idade. Para Masud e Morris (2001), pessoas com idade menor que 75 anos têm maior probabilidade de cair em ambientes externos e os idosos com mais de 75 anos, caem mais no interior de suas próprias residências.

Os dados encontrados em Manguinhos são corroborados pelo estudo de Guimarães e Farinatti (2005) com um grupo de mulheres idosas, no qual 55,0% das quedas ocorreram na rua e 35,0% em ambientes fechados (em casa, supermercado, restaurante, igreja e outros). Uma possível justificativa para a maior ocorrência desses eventos em ambientes externos à residência é a preservação da capacidade funcional que permite às idosas uma maior exposição aos riscos presentes fora de sua casa. Comparando com os dados dos idosos em geral, esses resultados parecem divergir. Num estudo realizado por Fabrício e cols (2004) 66,0% das quedas ocorreram dentro da residência do idoso e 22,0% na rua. A literatura internacional especializada em quedas aponta que 65,0% das quedas em mulheres acontecem no interior da residência da idosa (Masud e Morris, 2001).

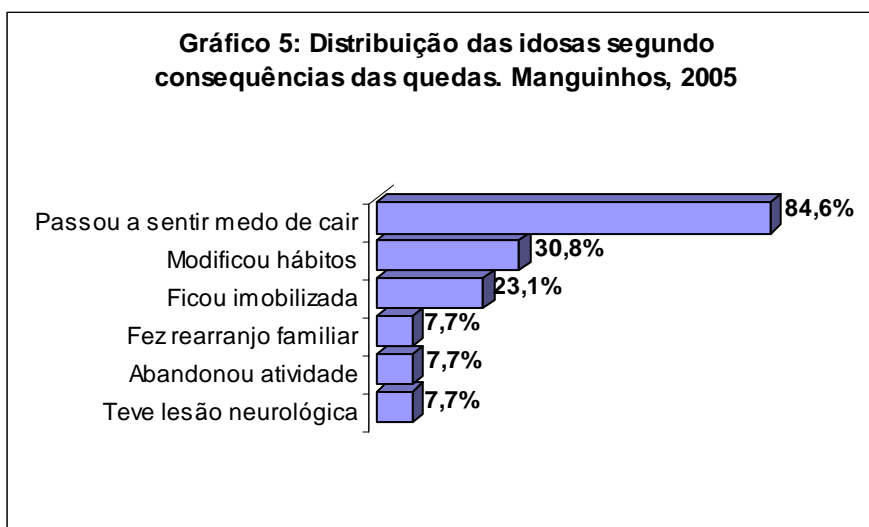
Uma das graves conseqüências das quedas são as fraturas. No presente estudo 29,4% das idosas informaram ter sofrido fraturas pelo fato de terem caído, algumas tendo fraturado mais de um membro. Dentre essas, a de fêmur foi a mais freqüente, representando 40,0% dos casos. Outras regiões do corpo também foram fraturadas, como cabeça, membros inferiores e costelas, perfazendo 20,0% cada uma delas. Dados nacionais e internacionais dão conta de que as fraturas, sobretudo do fêmur, são as conseqüências mais freqüentes de quedas em idosos. Fabrício e cols (2004) encontraram proporções bem maiores de fraturas entre as idosas que participaram de seu trabalho, onde 70,0% delas apresentaram essa conseqüência da queda.

Em relação às fraturas, uma questão que se coloca é saber se a fratura antecedeu à queda ou a queda foi a responsável pela fratura. Sobre essa questão, Lebrão e Laurenti (2003) acreditam que no caso das mulheres idosas, a maior freqüência de quedas seria um indicativo de que a fratura anteceda à queda, pois a maior prevalência de osteoporose ocorre entre as pessoas do sexo feminino.

As quedas levaram à necessidade de atendimento médico em serviços de saúde em 47,1% dos casos, e entre os serviços mais procurados estão hospital de traumatologia, Pronto Socorro ou Emergência e Postos de Saúde. Para o grupo de idosas pesquisadas por Guimarães e Farinatti (2005), as conseqüências pareceram ter menor gravidade e apenas 41,0% delas precisaram recorrer a atendimento médico por causa da queda.

Além de fraturas, as quedas provocam uma série de outras conseqüências, conforme se pode ver no gráfico 5. O medo de voltar a cair passou a fazer parte da vida das idosas e foi referido por 84,6% das que afirmaram haver tido alguma

conseqüência. Algumas (30,8%) modificaram seus hábitos e outras 23,1% ficaram imobilizadas. Lesões neurológicas, abandono de alguma atividade e rearranjo familiar (mudanças na arrumação da casa, transferência da idosa para outro cômodo ou para outra casa, redistribuição dos cuidados, dentre outras), como conseqüência da queda, foram outras situações citadas. Nenhuma delas relatou mudança de domicílio por esse motivo. Em relação aos problemas de saúde causados por quedas ou por outras condições, os dados da PNAD de 1998 revelam que 14,9% das mulheres idosas brasileiras deixaram de realizar alguma atividade habitual nas duas últimas semanas por motivo de saúde (Lima-Costa et al, 2003b).



Os idosos de Ribeirão Preto, pesquisados por Fabrício e cols (2004) apresentaram como principais conseqüências das quedas as fraturas (64,0%), medo de cair (44,0%), abandono de atividades (12,0%), modificação de hábitos

(18,0%), imobilização (4,0%), rearranjo familiar (2,0%), lesão neurológica (6,0%) e mudança de domicílio (10,0%).

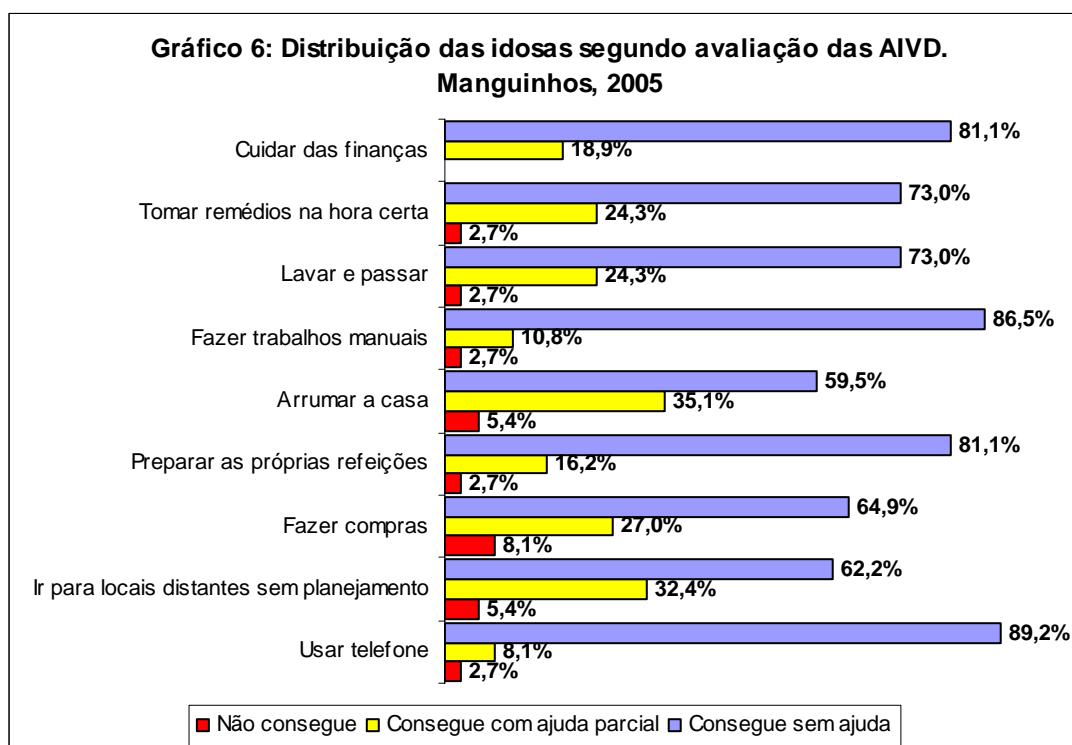
O medo de cair é uma consequência destacada por vários autores e traz consigo alterações como perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança (Martin et al, 2005; Fabrício et al, 2004; Paixão Júnior e Heckmann, 2003). Além disso, o medo de cair pode ser considerado um fator preditivo de futuras quedas e da redução da capacidade funcional e da qualidade de vida das idosas (Masud e Morris, 2001; Martin, et al, 2005).

Por outro lado, o medo pode atuar também como um fator protetor à medida que a idosa, em função dele, adota comportamentos preventivos. Isto aparece de certa forma nos dados do Rio de Janeiro, comparados aos de Ribeirão Preto. Entre as idosas da primeira cidade, embora tenha havido menos fraturas devido a quedas, elas parecem ter sido mais graves, pois redundaram em mais lesão neurológica e imobilizações. Talvez por isso, o sentimento de medo esteve bem mais presente nas idosas cariocas, juntamente com os demais comportamentos investigados - modificar hábitos, buscar rearranjos familiares, abandonar certas atividades.

As quedas apresentam diversos impactos na vida de uma pessoa idosa que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde (Masud e Morris, 2001), conforme os dados da pesquisa mostraram.

Para avaliar o grau de independência das idosas quanto à realização de algumas atividades do seu cotidiano, foi aplicada a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton (AIVD). No gráfico 6 pode-se visualizar os resultados.

O que primeiro salta à vista são as elevadas proporções de atividades que elas conseguem realizar sem ajuda, mostrando que este grupo é bastante independente em sua vida diária. Usar o telefone (89,2%), fazer trabalhos manuais (86,5%), cuidar das finanças (81,1%) e preparar as próprias refeições (81,1%) são as atividades que mais conseguem fazer sem ajuda. Arrumar a casa, ir para locais distantes e fazer compras são atividades em que elas mais freqüentemente necessitam de ajuda (têm dependência parcial) ou não conseguem realizar (são dependentes), certamente pelo esforço que precisam despende para isso.



A incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Além disso, os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas em funcionalidade, quer lançando mão de recursos tecnológicos e de apoios sociais e psicológicos, quer valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas (Neri, 2001).

As idosas aqui consideradas totalmente independentes são as que não relataram qualquer dificuldade em nenhuma das atividades instrumentais da vida diária, representando 45,9% do grupo. Esses dados são corroborados pela literatura internacional especializada em capacidade funcional. Em um grupo de idosos italianos estudados por Rozzini e cols (1997), os totalmente independentes representaram 47,7%.

Idosos, com limitação funcional e que precisam de ajuda para as AVD, têm restrição de mobilidade e doenças crônicas apresentam risco duas vezes maior de cair duas vezes ou mais (Ishizuka, 2003).

As idosas de Manguinhos, que relataram necessidade de ajuda para uma ou mais atividades instrumentais da vida diária, foram aqui classificadas como dependentes e entre elas 40,0% apresentaram quedas no último ano. Por outro lado, entre as idosas consideradas independentes 41,2% apresentaram queda no último ano. Apesar de não existir uma diferença estatisticamente significativa entre essas proporções, esses dados parecem incoerentes com a literatura. Alguns fatores de confusão podem estar influenciando esse resultado como a idade avançada e os problemas de visão, que são possíveis de estarem presentes no grupo das idosas independentes.

Esses dados também podem indicar que no caso dessas idosas a dependência funcional como um fator protetor em relação à queda. Idosas que relatam dificuldades e necessitam de ajuda nas tarefas diárias se expõem menos às situações externas que levam à queda se comparadas às idosas independentes. Outra possível explicação para esse percentual maior de quedas entre as independentes é o pequeno tamanho da amostra.

Comparando-se os dados das idosas independentes e que realizam visitas a outras pessoas da comunidade ou fora dela, também não se encontrou associação positiva com a presença de quedas. Dentre as que são independentes e fazem visitas, 35,7% caíram no último ano e das que são independentes, mas não saem para as visitas, 42,1% caíram.

Comparando as faixas etárias, observa-se um gradiente das médias na escala de AIVD que diminuem com o avanço da idade, com diferenças significativas, indicando que a dependência é maior quanto mais avançada for a idade. A média da faixa dos 60 aos 69 anos foi 23,37 (IC = 22,65 a 24,10), a da faixa de 70 aos 79 anos foi 21,29 (IC = 19,73 a 22,84) e a da faixa 80 aos 91 anos foi 19,28 (IC = 15,44 a 19,48).

A literatura indica que a idade exerce um efeito significativo na incapacidade das pessoas. Após os 80 anos o percentual de dificuldade para a realização de atividades é o dobro do observado em relação aos idosos mais jovens. Dados brasileiros demonstram que 28,0% das pessoas com 80 anos ou mais são totalmente dependentes e necessitam de cuidados em tempo integral (Gomes e Diogo, 2004).

As AIVD também foram avaliadas na presença de problemas de visão e de locomoção, indicando menores médias, ou maior dependência, entre as que possuem problemas de locomoção e de visão, como se vê na tabela 4. No entanto, esse comportamento não ocorre em relação às idosas com problemas de audição, mostrando que essa condição parece não ter relação tão direta com a dependência para realizar atividades da vida diária. Tal resultado também pode se dever ao pequeno número de idosas que apresentou problemas de audição (n=7, correspondendo a 18,9%).

Tabela 4: Distribuição das médias das AIVD das idosas segundo a presença ou não de problemas de saúde. Manguinhos, 2005

PROBLEMA DE SAÚDE	MÉDIA	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
-------------------	-------	----------------------------

		LIM. INF.	LIM. SUP.
Com problema de visão	21,56	20,32	22,80
Sem problema de visão	22,33	20,49	24,18
Com problema de audição	22,00	19,33	24,67
Sem problema de audição	21,77	20,64	22,89
Com dificuldade de locomoção	21,05	19,35	22,75
Sem dificuldade de locomoção	22,52	21,42	23,63

Os dados acima não corroboram a afirmação de Diogo (2004) de que idosos com limitação de visão demonstram menor competência para as AIVD do que aqueles com dificuldade de locomoção. Seria interessante que os estudos identificassem o grau de dificuldade ou a severidade do problema para que se possa entender melhor a interferência desses problemas na realização das atividades da vida diária.

4.1.2. As repercussões das quedas na Qualidade de Vida

Diante dos fatores de risco, condições de saúde e as experiências de quedas das idosas pesquisadas, buscou-se, a partir de entrevistas e do instrumento padronizado pela Organização Mundial de Saúde, verificar a qualidade de vida desse grupo de idosas de Manguinhos.

As percepções das idosas acerca do que vem a ser uma boa qualidade de vida foram identificadas através das entrevistas. As respostas variaram de acordo com as condições de vida de cada idosa.

O termo qualidade de vida foi associado a aspectos objetivos como saúde e bens materiais e a aspectos subjetivos como o bom relacionamento com a família e sossego. Entre as questões objetivas estão a boa alimentação – a fome, no caso de algumas idosas entrevistadas é uma condição experimentada com frequência – o conforto na velhice – que se refere à disponibilidade de recursos para a manutenção dos gastos com saúde, medicamentos e manutenção da casa – a casa própria – as residências de algumas idosas, que participaram das entrevistas, apesar de muito mal estruturadas, pequenas e com instalações muito precárias, ainda eram alugadas.

Uma delas deixa transparecer em sua fala que a qualidade de vida, assim como afirma Souza e cols (2003), depende da distância existente entre as expectativas individuais e a realidade, e quanto menor for essa distância, maior a qualidade de vida: “O desejo é uma coisa, o poder é outra”.

Uma grande parte das idosas entrevistadas descreveu positivamente sua qualidade de vida. As que se mostraram insatisfeitas também apresentaram maior dificuldade econômica – inclusive com necessidades básicas como alimentação, alguém para cuidar em caso de doença, casa própria e a ausência dos filhos por motivo de violência de narcotraficantes que os assassinaram.

Quando indagadas se a experiência da queda influenciou positiva ou negativamente sua qualidade de vida, as respostas variaram. Um grupo afirmou que houve uma sensível piora em seu bem estar e associaram as conseqüências negativas da queda com a piora da saúde, a necessidade de parar de trabalhar e ter que depender financeiramente de outra pessoa, problemas de memória, ao uso

de medicamentos que passaram a ser contínuos, a perda de agilidade e a dor nos membros inferiores.

As respostas preponderantes foram do grupo das idosas que afirmaram que a queda não influenciou a qualidade de vida que permaneceu a mesma depois de sua ocorrência. Nesses casos, as dificuldades encontradas por elas em sua vida cotidiana com a presença de doenças crônicas (hipertensão, diabetes e outras), a falta de recursos financeiros (para custear os gastos com medicamentos, alimentação e despesas com a casa) e a violência vivenciada pelos moradores da área (perda de filhos e pessoas próximas em consequência da violência dos narcotraficantes) são condições que têm uma interferência mais forte na percepção da qualidade de vida dessas mulheres do que as quedas.

As idosas que relataram que não houve piora ou melhora na qualidade de vida após a queda também deixaram evidente que a experiência desse evento foi apenas mais uma dentre as muitas outras dificuldades a serem enfrentadas por elas. Esse fato fica claro na fala de uma delas que demonstra o conformismo diante das difíceis condições de vida dessas mulheres: “minha vida é essa, tenho que viver satisfeita com ela”.

A avaliação da qualidade de vida realizada através do WHOQOL-Bref, que se propõe a estudá-la segundo dimensões que compõem uma série de características agrupadas por domínios, foi realizada com as idosas que responderam ao questionário. Os domínios abrangidos são: Físico, relativo aos níveis de dor física e tratamento médico; Psicológico, referente a aceitação da aparência física, como aproveita a vida, etc; de Relações Sociais com parentes, amigos, conhecidos e, finalmente um domínio relativo ao Meio Ambiente, que

investiga quanto o ambiente é saudável para o idoso. Há também duas questões mais globais que avaliam a qualidade de vida, em geral, e a satisfação com a saúde. Os valores do escore em cada domínio foram calculados a fim de comparar as categorias entre as idosas que caíram das que não experimentaram esse evento.

Os dados da tabela 5 mostram os resultados das análises dos domínios para as idosas estudadas, segundo presença ou ausência de quedas no último ano.

Tabela 5: Distribuição das médias dos domínios da qualidade de vida das idosas segundo experiência de quedas. Manguinhos, 2005

QUEDA		1.1.1 DOM FÍSICO	1.1.2 DOM PSICOLÓGICO	DOM RELAÇÕES SOCIAIS	DOM MEIO AMBIENTE	QUALIDADE DE VIDA + SATISFAÇÃO COM SAÚDE
Presença	Média	12,53	13,42	13,60	11,50	14,00
	D.P.	2,29	2,24	2,90	1,97	3,51
	Alpha	0,746	0,618	0,739	0,779	0,712
Ausência	Média	13,06	14,48	14,30	12,00	14,37
	D.P.	1,29	1,38	2,10	1,20	1,67
	Alpha	0,674	0,476	0,638	0,343	0,372
Total	Média	12,85	14,05	14,02	11,80	14,21
	D.P.	1,58	1,66	2,30	1,32	2,57
	Alpha	0,561	0,596	0,591	0,619	0,604

Corroborando os relatos de parte das idosas entrevistadas, o WHOQOL-Bref mostrou haver influência das quedas na qualidade de vida dessas mulheres de Manguinhos. Em todos os domínios houve uma redução nas médias para o

grupo das mulheres que apresentaram quedas no último ano. Essa diferença foi mais significativa no domínio Psicológico.

Uma possível explicação para esse achado se deve às conseqüências da queda como as fraturas, principalmente, a do fêmur, que leva a idosa a depender de outras pessoas para as tarefas da vida diária e à interpretação de suas atividades laborais com perdas financeiras, como elas mesmas disseram.

Os resultados encontrados também foram apontados por Hwang e cols (2003) que estudaram idosos de Taiwan e encontraram menores médias no grupo que apresentou quedas no último ano.

A qualidade de vida depende de variáveis internas – condições de saúde e atitudes frente aos acontecimentos da vida – e externas – recursos financeiros e ambientais que rodeiam os indivíduos. Para as pessoas que vivem em comunidades de baixa renda como o Complexo de Manguinhos, todas as dificuldades inerentes ao ambiente que os cerca – precárias condições de moradia, infra-estrutura deficiente e situações de violência – influenciam a percepção de qualidade de vida.

Um ambiente propício e satisfatório para o idoso é aquele que oferece segurança, é funcional, proporciona estímulo e controle pessoal, facilita a interação social, favorece a adaptação às mudanças e é familiar para o idoso (Diogo, 2004). Como era de se esperar, o domínio de Meio Ambiente apresentou a pior média no conjunto dos dados (tabela 4), mostrando as condições adversas de vida existentes em áreas como a estudada.

O meio ambiente é fortemente associado à qualidade de vida, entre os idosos devido, à sua relação com a prevenção de quedas, a interação social, o envolvimento em atividades do cotidiano, a independência, segurança e proteção e o bem-estar psicológico (Hwang et al, 2003).

Em relação ao grupo de idosas como um todo, as médias apresentadas por elas são melhores que as médias dos idosos estudados por Hwang e cols (2003). Em uma estratificação por presença de comorbidades crônicas, depressão, enfraquecimento cognitivo e quedas, os idosos taiwaneses obtiveram médias menores se comparadas às médias das idosas cariocas nos domínios Físico, Psicológico e de Relações Sociais. Para o domínio do Meio Ambiente, as idosas de Manguinhos apresentam médias menores que os idosos de Taiwan, demonstrando a influência negativa do ambiente da favela na qualidade de vida delas (tabela 6).

Comparando com as médias de idosas com depressão, pacientes de um hospital psiquiátrico da Austrália (Naumann e Byrne, 2004), as mulheres idosas de Manguinhos apresentaram médias maiores nos domínios Físico e Psicológico e estão em desvantagem em relação às idosas com depressão nos domínios de Relações Sociais e Meio Ambiente.

Tabela 6: Distribuição comparativa das médias dos domínios da qualidade de vida dos grupos de idosos.

GRUPO		DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4
Manguinhos, 2005	Média	12,85	14,05	14,02	11,80
Hwang et al 2003	Média	13,00	13,00	13,00	13,00
Naumann e Byrne, 2004	Média	12,43	11,60	15,62	14,00

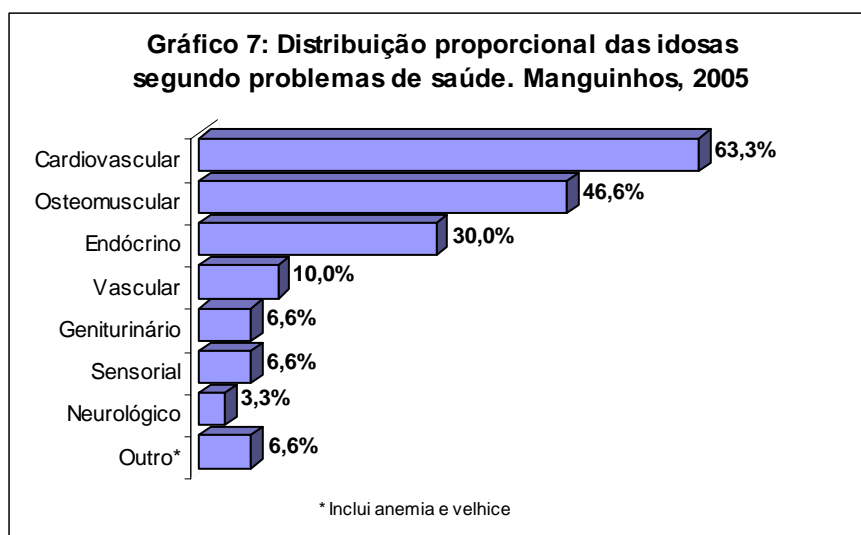
Não parecem existir diferenças em relação às faixas etárias quando se observa cada domínio separadamente, embora ocorra um crescimento da média em função do aumento da idade em relação às duas questões gerais sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde. Uma hipótese para esse achado inusitado seria que as mulheres têm a percepção de que sua vida melhora quando estão mais velhas, pois já teriam perdido seus cônjuges e se sentem mais livres da submissão e dos cuidados dedicados a eles e aos filhos. Isso parece ser reforçado pelas entrevistas onde elas afirmam que já criaram seus filhos e estão livres do marido que muitas vezes tinham comportamentos violentos em relação a elas: “sofri muito no tempo que eu tinha um marido, mas depois que me separei dele eu gozo a minha vida, vivo às minhas custas e tenho prazer”.

4.2. Fatores de risco para quedas e condições de saúde das idosas de Manguinhos

Algumas alterações próprias do envelhecimento e doenças podem causar quedas devido aos sintomas e conseqüências que levam as pessoas idosas a perder o equilíbrio. Constituindo um dos importantes fatores intrínsecos de risco para quedas, os problemas de saúde foram relatados por 81,1% das 37 idosas que responderam ao questionário. Os problemas cardiovasculares, neles incluídas a hipertensão e a doença arterial coronariana, predominam, com 63,3% das idosas referindo que os possuem. Em seguida surgem os problemas osteomusculares, referidos por 46,6% delas e os problemas endócrinos (30,0%).

Os outros tipos de problemas aparecem com menor frequência (gráfico 7). É interessante observar que não foi reportado nenhum caso de problema psiquiátrico.

É importante lembrar que, embora 18,9% das idosas tenham afirmado que não têm qualquer problema de saúde, 21,6% delas informam que não usam medicamentos. Isso pode significar que algumas idosas estão deixando de se tratar, uma vez que 2,7% delas não fazem uso de medicamentos embora relatem problemas de saúde.

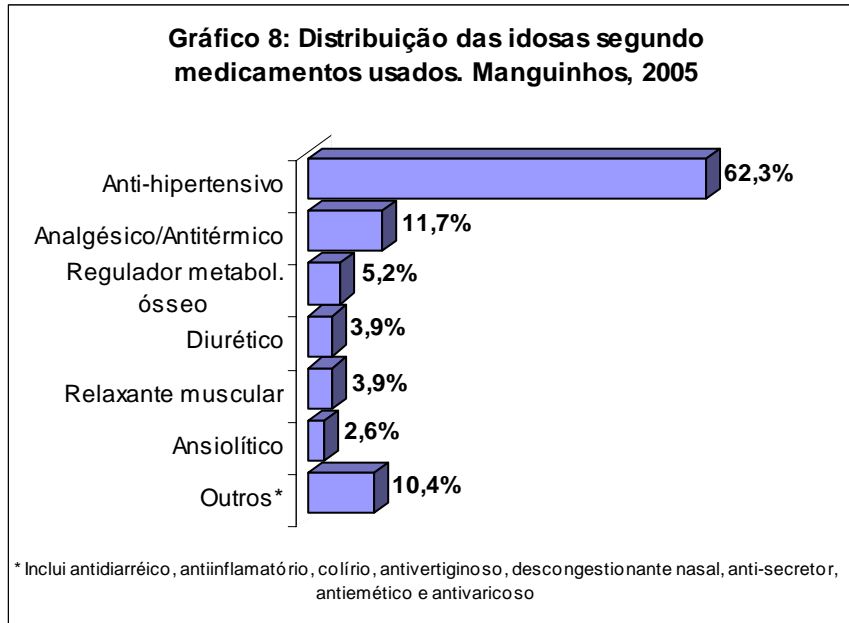


Além dos problemas mostrados no gráfico acima, foram investigadas e relatadas outras condições de saúde: dificuldades visuais (67,6%) e de locomoção (48,6%), além de problemas nos pés (52,8%). Somadas a essas, também aparecem com certa frequência as dificuldades de audição (18,9%).

Os problemas visuais podem comprometer a interpretação da informação espacial do ambiente e levar o idoso a uma perda de equilíbrio. Essa perda de equilíbrio pode gerar uma diminuição da estabilidade postural, e uma redução da mobilidade e função física do idoso tornando-o suscetível às quedas. No presente estudo, das 25 idosas que relataram dificuldades visuais 9 (36,0%) apresentaram queda no último ano e na pesquisa realizada por Guimarães e Farinatti (2005), das 21 idosas que relataram problemas de visão, 52,0% apresentaram 2 ou mais quedas no último ano.

Dentre as 19 idosas que responderam que tinham problemas nos pés, o joanete se constituiu o mais freqüente deles, sendo citado em 68,4% dos casos. Em seguida, aparece a unha encravada, como problema referido por 42,1% dessas idosas. Além destes, também houve três casos de ferimentos, um de deformidade dos dedos, um de amputação dos pés e um de problema não informado.

O uso de medicamentos, um fator intrínseco muito freqüente entre as pessoas idosas, foi investigado e o resultado aponta que 78,4% delas fazem uso de algum tipo de medicamento. Entre eles se destacam os anti-hipertensivos (62,3%) e os analgésicos/antitérmicos (11,7%). Desperta a atenção o uso de reguladores do metabolismo ósseo (5,2%), o que nos leva a supor uma possível osteopenia ou osteoporose entre essas idosas. Em cinco dos elementos farmacêuticos referidos existe a possibilidade de seus efeitos causarem condições que levem uma pessoa idosa a sofrer quedas. O gráfico 8 mostra a distribuição proporcional dos medicamentos usados, muitas vezes de forma concomitante.



Os dados relatados por Fabrício e cols (2004), também apontam os anti-hipertensivos como o medicamento mais usado pelos idosos (34,0%) de Ribeirão Preto/SP. No município do Rio de Janeiro, 24,0% dos idosos usam pelo menos um anti-hipertensivo, outros 24,0% pelo menos um diurético e 13,9% analgésicos e antitérmicos (Rozenfeld, 2003). As pessoas idosas do gênero feminino e as que vivem sozinhas são as que relatam maior número de medicamentos em uso (Flores e Mengue, 2005).

Algumas drogas como anti-hipertensivos, diuréticos e psicotrópicos podem propiciar episódios de queda por diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural (Fabrício et al, 2004, Nóbrega e Karnikowski, 2005).

Adotando o mesmo conceito de Fabrício e cols que consideraram como polifármacos a utilização de quatro ou mais drogas associadas, percebe-se que

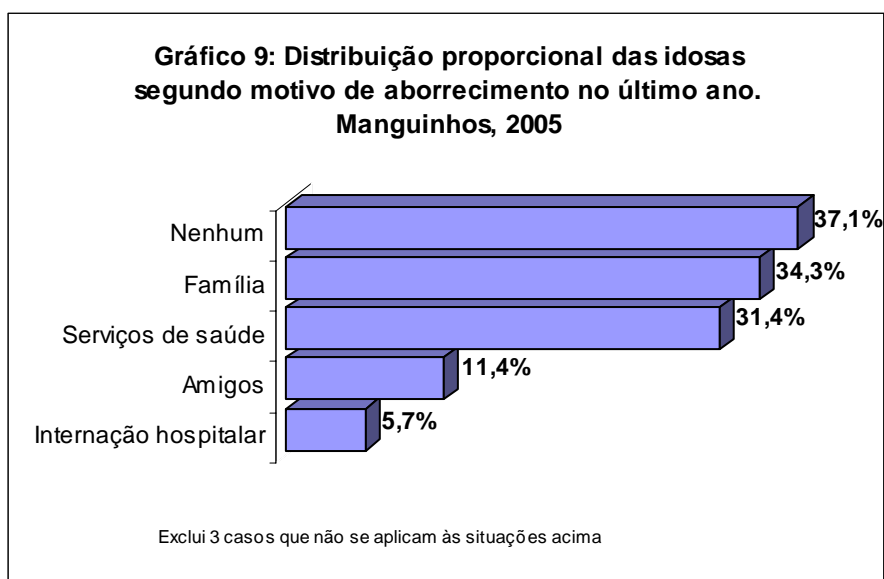
24,1% das idosas de Manguinhos fazem uso de polifármacos, proporção bem menor se comparada com os 42,0% dos idosos de Ribeirão Preto (Fabrício et al, 2004). A proporção de polifarmácia entre as idosas de Manguinhos é próxima da encontrada por Flores e Mengue (2005) em idosos de Porto Alegre/RS (27,0%) e por Guimarães e Farinatti (2005) em um grupo de mulheres idosas no Rio de Janeiro (22,2%).

A quantidade de medicamentos usados parece influenciar a ocorrência e a frequência das quedas (Guimarães e Farinatti, 2005, Ishizuka et al, 2005). No presente estudo, das sete idosas que fazem uso de polifármacos, três apresentaram queda no último ano e das que caíram mais de uma vez, nenhuma usa quatro ou mais medicamentos concomitantemente.

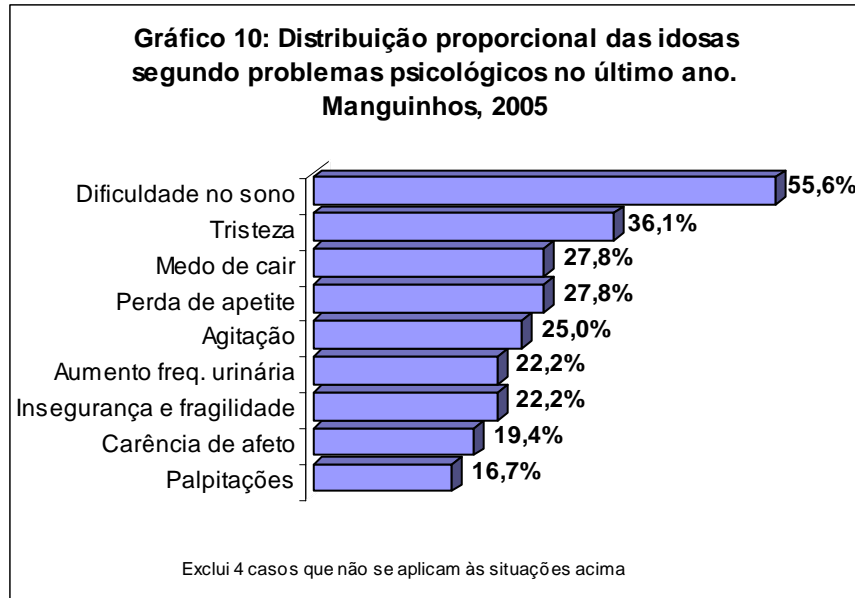
O organismo de uma pessoa idosa apresenta mudanças, em suas funções fisiológicas, que podem gerar maior sensibilidade tanto a efeitos terapêuticos quanto adversos aos medicamentos. Segundo Nascimento (2002), o idoso é alvo de uma medicação indiscriminada, abusiva e às vezes desnecessária, o que causa efeitos indesejáveis pelo mecanismo de interação medicamentosa que pode levar até à morte.

Questões emocionais, como aborrecimentos, são frequentemente associadas a transtornos psíquicos e mentais entre os idosos. Essas questões foram pesquisadas por se tratarem de fatores intrínsecos de risco para as quedas. Indagando-se às idosas se haviam sofrido algum aborrecimento, no último ano, com pessoas ou órgãos que lhes prestam serviços, os resultados mostraram que 37,1% não se aborreceram com nenhuma dessas situações. Dentre as 22 idosas que alegaram haver tido algum tipo de aborrecimento, 34,3% disseram que foram

provocados pela família e 31,4% pelos serviços de saúde (gráfico 9). Os eventos psicossociais negativos e o estresse são fatores que podem levar as pessoas idosas a alterações emocionais e a vulnerabilidade a quedas (Martins, 1999).



Outros problemas psicológicos foram questionados e são mostrados no gráfico 10. Entre os mais citados encontram-se a dificuldade no sono, o sentimento de tristeza, a perda de apetite e a carência de afeto que podem ser associados à condição de depressão. As sensações de insegurança e fragilidade e o medo de cair, característicos da condição de envelhecimento e de experiências anteriores de algum episódio de queda, aparecem com proporções elevadas. Agitação e aumento da frequência urinária amplamente relatados, podem denotar condições de ansiedade, reações adversas a medicamentos ou sintomas de alguma doença.



A perda de pessoas próximas e queridas, seguramente, é um fator que contribui para a sensação de solidão e para sentimentos depressivos. A solidão é mais freqüente entre mulheres do que entre homens idosos, e também entre os solteiros, viúvos e descasados de ambos os sexos (Grossi e Souza, 2003).

Das 37 idosas que responderam ao questionário, 16,2% relataram ter perdido uma pessoa próxima nos últimos seis meses. As que assim responderam, alegaram que a perda se deveu a alguma doença. Fato que chamou a atenção foi uma idosa que participou da entrevista e que alegou ter perdido dois filhos, vítimas da violência dos traficantes da área. Depois da experiência dessas perdas passou a conviver com problemas de saúde como depressão, tonteira, falhas de memória e as quedas se tornaram freqüentes.

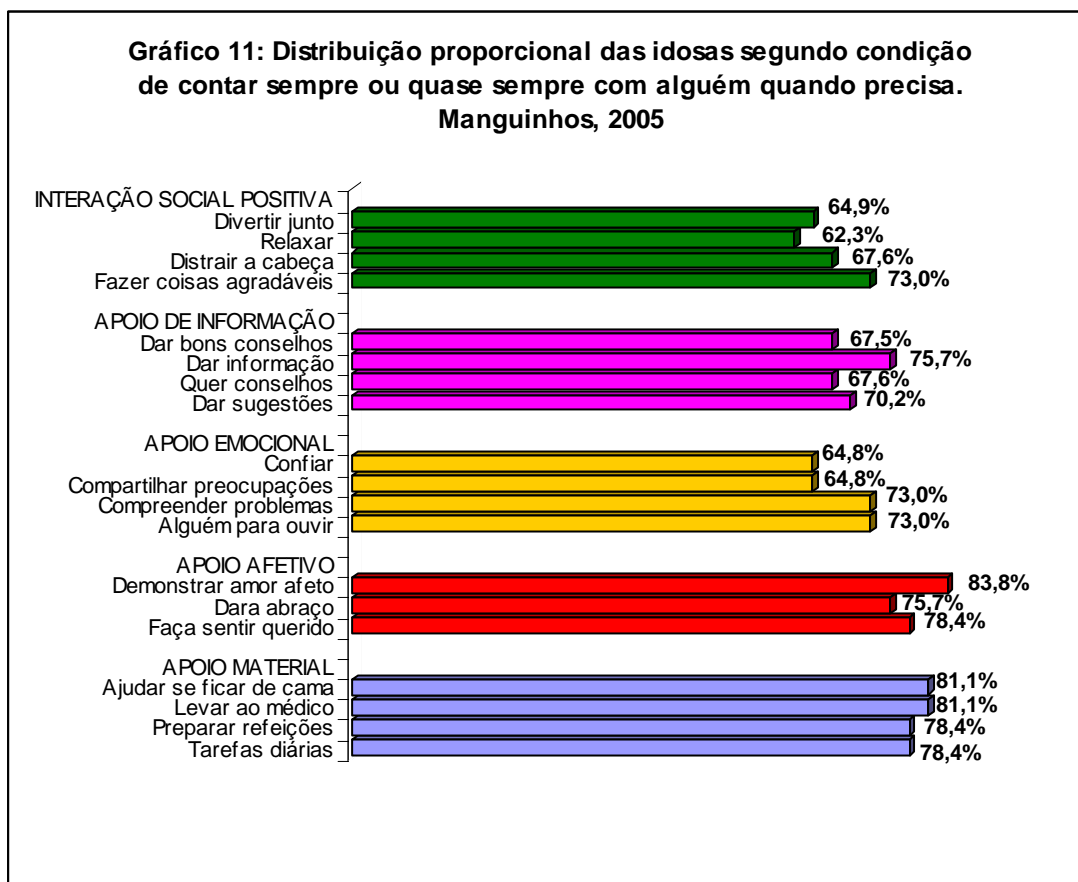
A literatura aponta que as mulheres têm maior habilidade para desenvolver e formar redes sociais significativas, das quais se beneficiam quando necessário.

Por esse motivo conseguem se adaptar melhor às limitações da velhice, da viuvez e da solidão (Peixoto, 2004).

Através da escala de apoio social, objetivou-se medir a disponibilidade de suporte com o qual as idosas contam nas áreas afetiva, emocional, material, informacional e de interação social. Ao agrupar estas áreas em quatro fatores, a partir da análise fatorial, foi obtido nível alto no primeiro fator – composto pela dimensão de Apoio de Informação e Apoio Afetivo – em 47,2% dos casos; no segundo fator – composto pelo Apoio Material, mais um item de Apoio Emocional (ter alguém para compartilhar preocupações, principalmente em momentos de doença) e um item de Apoio de Informação (obter bons conselhos em situações de crise) – em 52,8%; no terceiro fator – constituído pelo Apoio de Interação Social Positiva e um item de Apoio Emocional (ter alguém que possa ajudá-lo a compreender problemas) – em 47,2% e no quarto fator composto por um item de Apoio Emocional (ter alguém para ouvi-lo em momentos difíceis), um de Interação Social Positiva (ter alguém com quem relaxar) e um de Apoio Afetivo (alguém que lhe faça sentir-se querido) em 48,6% dos casos.

O gráfico 11 mostra as respostas das idosas, somando-se os itens “sempre” e “quase sempre” referentes à pergunta “*se precisar, com que freqüência conta com alguém?*” em cada uma das dimensões avaliadas pela escala. Nota-se que as idosas responderam que contam mais freqüentemente com apoio material. Suas respostas também foram bastante freqüentes para um dos itens de apoio afetivo (conta sempre ou quase sempre com alguém para demonstrar amor e afeto). Como era de se esperar, a dimensão de interação social positiva é a que

elas contam com menos apoio, certamente, devido a sua condição de pessoa idosa em que os contatos sociais vão escasseando.



A presença de apoio social tem sido apontada na literatura como um fator protetor para a ocorrência de doenças (Due et al, 1999; Holahan e Moos, 1981; Frydman, 1981; Hanson e Östergren, 1987; Krantz e Östergren, 2000 e Shirom e Westman, 1985). De acordo com Andrade e Vaitsman (2002), os aspectos positivos do apoio social são amplos e podem significar um aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Em

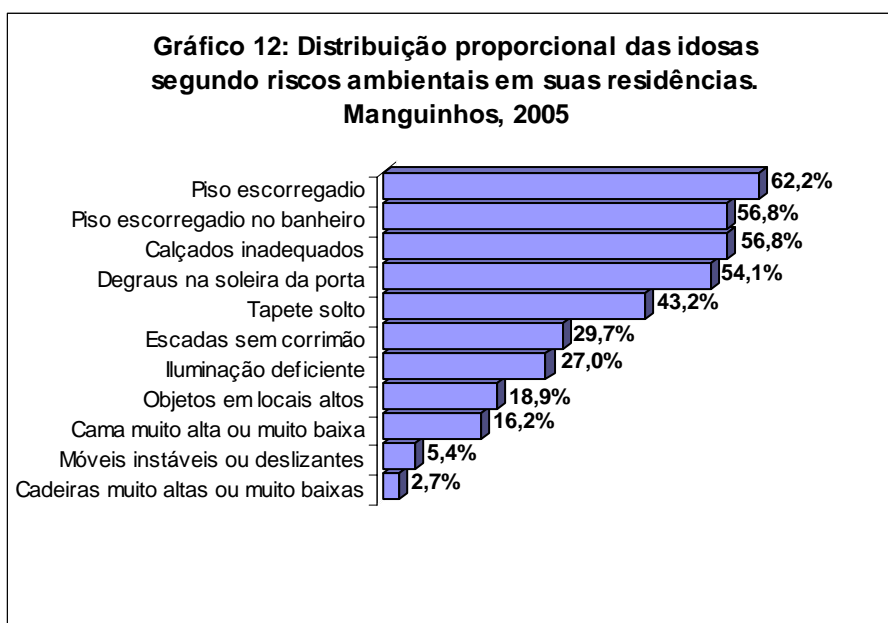
caso de presença de enfermidade este apoio aumenta a vontade de viver e a auto-estima, favorecendo o tratamento das doenças. No caso dos idosos a existência desse apoio, em suas diferentes dimensões contribui, sem dúvida alguma, para a prevenção de doenças, mas também para a garantia de atendimento às suas necessidades.

Alguns estudos apontam para o papel de efeito tampão exercido pelo apoio social no sistema imunológico. Nesse caso, esse tipo de apoio atuaria amenizando os efeitos patogênicos do estresse no organismo, aumentando a capacidade de lidar com situações difíceis (Andrade e Vaitsman, 2002).

O apoio social apresenta estreita relação com as condições socioeconômicas dos indivíduos. Para Ramos (2002) os idosos, pertencentes às classes sociais mais baixas e com menor escolaridade, são mais prejudicados, principalmente, em relação ao contato com amigos (não com familiares), frequência do apoio fornecido a outras pessoas e na satisfação com o apoio social.

Como fatores externos de risco para quedas foram aqui consideradas algumas condições ambientais com as quais a idosa tem que lidar em sua casa. No gráfico 12 pode-se visualizar as respostas a esta questão. Entre os fatores mais citados encontram-se o piso escorregadio (62,2%), o piso escorregadio no banheiro (56,8%), calçados inadequados (56,8%) e degraus na soleira da porta (54,1%). Além desses, várias outras situações de risco para quedas e outros acidentes foram relatadas, como fazendo parte do ambiente doméstico e do cotidiano das idosas que responderam ao questionário. Estes dados chamam a

atenção para a precariedade das moradias improvisadas da área, destacadas em capítulo anterior, que não oferecem as condições necessárias para a segurança das idosas.



Ferrer e cols (2004) também observaram uma alta prevalência de riscos ambientais nos domicílios de idosos em São Paulo, como piso escorregadio (88,5%), presença de tapetes na sala (62,0%), armários inacessíveis na cozinha (87,4%) e ausência de iluminação noturna (44,8%).

O envelhecimento traz consigo alterações na marcha que são ocasionadas pela diminuição de flexibilidade e perda de mobilidade de quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral. Essas mudanças geram dificuldades no desempenho das tarefas cotidianas como usar transportes coletivos, andar pelas ruas e transpor obstáculos como calçadas e desníveis no solo (Guimarães e Farinatti, 2005).

O diário de campo confeccionado durante a realização das entrevistas com as idosas de Manguinhos, revela as dificuldades encontradas por elas em seu ambiente doméstico. As barreiras são as mais diversas e incluem: 1) ambiente mal iluminado; 2) piso irregular no corredor de entrada da casa; 3) degraus irregulares na soleira da porta; 4) escada íngreme, com degraus de altura irregular e sem corrimão; 5) disposição dos móveis dificultando a passagem; 6) poltrona muito baixa; 7) obstáculo que deve ser saltado para entrar na residência; 8) degraus dentro da casa na passagem dos cômodos; 9) objetos espalhados pela casa; 10) residência muito pequena e sem espaço para movimentação segura; 11) tapetes soltos na sala; 12) porta muito estreita; 13) banheiro muito pequeno; 14) tanque no corredor de entrada atrapalhando a passagem e 15) falta de higiene da casa possibilitando a

presença de ratos no local. No ambiente externo à residência também foram observadas dificuldades com esgoto que corre a céu aberto entre as casas, a limpeza das ruas que parece não ser realizada por órgãos públicos, as irregularidades e buracos existentes nos locais onde transitam as pessoas da comunidade.

Apesar de todas essas dificuldades presentes na quase totalidade das casas e dos diversos obstáculos estruturais encontrados nas ruas e ambientes públicos da favela de Manguinhos, não se pode deixar de registrar que algumas residências ofereciam espaço suficiente para a movimentação segura da idosa, com boa iluminação, sem acúmulo de móveis e tapetes.

Quando indagadas sobre como fazem para evitar as quedas, algumas sinalizaram indiferença e despreocupação em relação à prevenção das quedas, embora aproximadamente 28,0% delas tenha referido medo de cair no questionário. A inevitabilidade foi outra forma de se perceber a queda entre as idosas que parecem não ter a visão de que alguns cuidados podem ser tomados, no sentido de prevenir sua ocorrência. Para as que afirmam se cuidar para não sofrer as consequências de uma queda, essa afirmação vem acompanhada de medo e limitação de atividades que podem trazer riscos como subir escadas e sair de casa sem companhia de alguém.

A respeito do que mais poderia ser feito para evitar que as pessoas idosas caiam, as respostas variaram entre o cuidado de si, tomar medicamento como uma solução mágica para a minimização dos fatores de risco e a melhoria dos serviços públicos de transporte coletivo. As idosas atribuem a prevenção das quedas a uma determinação individual de se cuidar, ir ao médico e seguir as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Os transportes coletivos são um dos maiores motivos de reclamações entre as pessoas idosas que apontam o descuido por parte de motoristas, que dão a partida no ônibus de forma brusca antes que eles se acomodem ou exigem que os idosos fiquem em pé na parte da frente do ônibus. Esses mesmos achados foram encontrados num estudo de

Machado e cols (2001) com idosos do Rio de Janeiro que afirmaram passar por situações semelhantes.

Seguindo o que aponta a literatura nacional sobre o tema (Minayo e Souza, 2005), também reivindicam que os motoristas tenham mais cuidado com as pessoas idosas que usam os transportes coletivos. Apesar disso, elas não têm a visão de que os ambientes públicos poderiam ser adaptados para atender às necessidades de quem está envelhecendo. Até mesmo em relação a suas próprias residências, nenhuma delas se refere a mudanças que poderiam ser realizadas para prevenir as quedas.

Conclusão

A presente dissertação que foi elaborada com o objetivo maior de estudar as repercussões das quedas na qualidade de vida de idosas encontrou resultados que despertam a atenção para as peculiaridades da população estudada.

As idosas de Manguinhos apresentaram uma proporção de quedas menor que a encontrada em idosos que participaram de outros estudos, como os de Guimarães e Farinatti (2005) no Rio de Janeiro e de Fabrício e cols (2004) em Ribeirão Preto/SP.

Com esses dados, confirmamos, em parte, o pressuposto de que as mulheres idosas que vivem em comunidades de baixa renda são mais vulneráveis às quedas se comparadas com outras mulheres e com os homens, em função da exacerbação de fatores intrínsecos (problemas de saúde física e mental e uso de medicamentos) e extrínsecos (condições de moradia e seu entorno, e isolamento social) a que estão expostas. Em relação aos fatores extrínsecos, as idosas de Manguinhos estão realmente mais expostas pelas dificuldades impostas pelo ambiente da comunidade onde vivem, se comparadas a outras populações que vivem em ambientes e condições diferentes da favela.

As quedas são percebidas pelas idosas como um sinal de fracasso das forças e, reconhecer que caiu é como admitir o envelhecimento e os problemas de saúde que trazem “fraqueza” ao corpo dos mais velhos. Na tentativa de justificar essa falha, afirmam que o trabalho realizado ao longo da vida faz com que as

peças se sintam cansadas e enfraquecidas. Além dessa, outras explicações culpam a falta de cuidado, os medicamentos de uso contínuo que prejudicam os ossos, a menopausa e as condições emocionais e econômicas como as dificuldades financeiras e os conflitos familiares.

As condições socioeconômicas dos moradores do Complexo de Manguinhos, bem como das idosas que participaram deste trabalho parecem não permitir a visão de que as quedas poderiam ser menos freqüentes, se medidas de prevenção fossem incorporadas ao comportamento pessoal e às condições arquitetônicas do local onde vivem.

Ao investigar a qualidade de vida das mulheres idosas, as médias encontradas nos domínios do WHOQOL-Bref foram maiores se comparados com outros grupos de idosos. Apesar disso, como era de se esperar, o ambiente onde vivem essas mulheres influencia sensivelmente sua qualidade de vida. No domínio destinado a avaliar o meio ambiente, elas apresentaram médias menores se comparadas com os idosos de outros estudos como os de Taiwan (Hwang et al, 2003) e os australianos (Naumann e Byrne, 2004).

Nas entrevistas, a qualidade de vida está associada com saúde, boa alimentação, conforto na velhice, casa própria, condições financeiras para se manter, bom relacionamento com a família e sossego.

A visão negativa da qualidade de vida se fez presente entre as idosas que enfrentam maiores dificuldades como a fome, a falta de alguém que ajude em caso de doença, os problemas financeiros e a violência exercida por narcotraficantes da área.

As conseqüências das quedas para as idosas de Manguinhos foram mais freqüentes que as encontradas em outros grupos de idosos. As proporções relativas ao medo de cair, modificação de hábitos, imobilizações e rearranjo familiar foram maiores entre essas idosas, se comparadas ao grupo pesquisado por Fabrício e cols (2004).

Apesar disso, a capacidade funcional não se mostrou prejudicada pelo fato de terem experimentado quedas no último ano e, as mulheres consideradas independentes apresentaram mais quedas que as dependentes. Os problemas de locomoção, visão e a idade mais avançada foram os fatores que mais interferiram na capacidade funcional dessas idosas.

Na percepção desses sujeitos a experiência da queda influenciou negativamente sua qualidade de vida, com uma sensível piora em seu bem estar. As conseqüências negativas da queda estão associadas com a piora do estado de saúde, a privação do trabalho e a dependência financeira, problemas de memória, uso contínuo de medicamentos, a perda de agilidade e dor.

Assim como nas entrevistas, a avaliação realizada através do WHOQOL-Bref mostrou a influência das quedas na qualidade de vida das mulheres idosas de Manguinhos. Apesar da diferença ter sido mais significativa no domínio Psicológico, em todos os domínios houve uma redução nas médias para o grupo das mulheres que apresentaram quedas no último ano. Menores médias também foram encontradas entre os idosos de Taiwan que caíram no último ano (Hwang et al, 2003).

Uma possível justificativa para o fato da maior diferença no domínio Psicológico seria a dependência a que as idosas seriam submetidas como

conseqüência da queda. Por esse motivo, elas seriam levadas a experimentar sentimentos negativos, alterações na memória e concentração, baixa auto-estima e alterações na imagem corporal e aparência.

De acordo com os resultados obtidos, através do WHOQOL-Bref e das entrevistas, as quedas foram interpretadas como uma forma de piora da qualidade de vida para essas mulheres. Nesse sentido, o segundo pressuposto deste estudo não foi confirmado, pois as quedas não proporcionaram a obtenção de atenções e cuidados antes negligenciados.

Quando se investigou os fatores associados à ocorrência de quedas nas mulheres idosas residentes no Complexo de Manguinhos pode-se perceber que elas apresentam fatores de risco marcantes.

Entre os fatores intrínsecos encontram-se os problemas de saúde, nos quais as doenças cardiovasculares e osteomusculares representaram a maior proporção se comparadas com as outras condições patológicas. Esses dados também foram encontrados por outros autores como Santos e Andrade (2005) e Lima-Costa e cols (2003a). Além desses, os problemas de visão e locomoção apareceram de forma significativa e foram responsáveis por alterações na capacidade funcional das idosas. Entre os problemas psicológicos apresentados por elas, os principais foram as dificuldades no sono e a tristeza que, segundo Ishizuka (2003), podem estar relacionados com depressão e são fatores de risco para as quedas. Os conflitos familiares e na comunidade apareceram como uma importante causa de aborrecimento e estresse entre as idosas.

Os medicamentos e seu uso de forma concomitante (polifarmácia) é uma realidade neste grupo de idosas, o que constitui um importante fator de risco para

quedas através dos efeitos adversos e das interações medicamentosas. Comparando com outros estudos (Fabrício et al, 2004 e Rozenfeld, 2003), as idosas de Manguinhos usam uma proporção maior de medicamentos do tipo anti-hipertensivos. Em relação aos polifármacos, as idosas apresentam proporções semelhantes a de outros trabalhos como o de Flores e Mengue (2005) e Guimarães e Farinatti (2005).

Além dos fatores intrínsecos, os extrínsecos chamam a atenção, principalmente, por se tratar de pessoas que vivem em um ambiente muito precário e sem infra-estrutura adequada para a locomoção segura de idosos. As próprias idosas reconhecem a existência de barreiras arquitetônicas que dificultam as atividades e podem propiciar as quedas. Elas afirmam que os principais riscos ambientais são o piso escorregadio, inclusive no banheiro, as calçadas irregulares e os degraus na soleira da porta. O diário de campo confeccionado durante as entrevistas confirma a presença dessas dificuldades apontadas por elas.

Quando se analisa o apoio social com que essas idosas podem contar, quando precisam de ajuda para alguma situação de sua vida, percebe-se que a dimensão de interação social positiva é a que elas menos têm apoio. Isso mostra que as interações sociais, importante fator protetor para a ocorrência de doenças e a adoção de comportamentos saudáveis (Andrade e Vaitsman, 2002; Ramos, 2003) encontra-se muito prejudicado entre as mulheres desse grupo.

Com este trabalho, verificou-se que os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para as quedas estão presentes para a maior parte das idosas pesquisadas, mas apesar disso, a capacidade funcional, avaliada através das atividades instrumentais da vida diária se mantém preservada na maioria delas. A

qualidade de vida foi negativamente afetada pelas conseqüências das quedas, mas esse impacto não é maior que as dificuldades socioeconômicas e ambientais encontradas por elas.

Diante de todas essas colocações, algumas recomendações parecem pertinentes no sentido de diminuir a ocorrência das quedas e, por conseqüência, promover a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Seguindo o que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, em relação à promoção do envelhecimento saudável com manutenção da pessoa idosa em seu ambiente familiar e com capacidade funcional preservada, um programa que trabalhe a conscientização da sociedade e dos próprios idosos sobre medidas que diminuam os riscos para a queda é imperioso e urgente.

As ações previstas para um programa com estas características deveriam incluir: 1) uma campanha pública sobre a prevenção das quedas e como adotar medidas alternativas que diminuam os fatores extrínsecos de risco presentes no ambiente familiar – fixação de tapetes, pisos antiderrapantes, adaptação das alturas de móveis muito altos ou muito baixos, instalação de corrimãos em corredores e banheiros, boa iluminação, eliminação de obstáculos como fios elétricos estendidos pelo chão e objetos espalhados pela casa e outros; 2) uma norma que contemple as adaptações nos espaços urbanos para permitir a participação segura e cidadã do idoso na vida em sociedade – redução da altura das calçadas, melhora do calçamento e pavimentação das ruas, via de acesso seguro de pedestres aos equipamentos públicos com rampas e corrimãos, regulação do tempo dos sinais de trânsito para permitir a travessia segura dos idosos, 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; 3) capacitação dos profissionais de saúde para a orientação efetiva dos familiares e dos próprios idosos, no sentido de adotarem comportamentos seguros para minimizar os fatores de risco que levam às quedas e 4) treinamento físico que trabalhe equilíbrio e força muscular acompanhados por profissionais de saúde experientes no atendimento das especificidades do envelhecimento.

Vale ressaltar que, nas comunidades faveladas, como é o caso de Mangueiras, a urbanização dos espaços públicos em seu interior seria um importante passo para reduzir os riscos com que os idosos convivem em suas atividades diárias.

Com o acentuado crescimento de idosos na população brasileira e as dificuldades enfrentadas por eles em relação à saúde e às condições socioeconômicas, advoga-se aqui por uma discussão de programas específicos que se voltem à prevenção das quedas e à promoção do envelhecimento saudável com qualidade de vida.

Referências

- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4):925-934.
- Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- Bodstein R, Zancan L, Estrada DD. *Manguinhos: guia de equipamentos e iniciativas sociais*. Fiocruz, 2001.
- Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União, Brasília, nº 96. Seção 1E, 18 maio, 2001*.
- Burgos MB. Cidade, territórios e cidadania. *DADOS* 2005; 48(1):189-222.
- Caldas CP Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):773-781.
- Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Estudos Avançados* 2003; 17 (49):35-63.
- Celade. Centro Latino americano y Caribeño de Demografía. División de Población. 2006. Disponível em <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/xls/AMLpesto.xls>. [2006 Ago 16]
- CEPAL. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Boletín Envejecimiento y Desarrollo em America Latina y el Caribe. Enero, 2005; n 1. Disponível em <http://www.cepal.org/celade> [2005 Mai 20]
- Chor D et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):887-896.
- Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(5):1359-1366.
- Diogo MJD'E. Envelhecimento da pessoa portadora de necessidades especiais. In: *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP, Editora Alínea, 2004.

- Downton J. Falls. In: Brocklehurst's Textbook of geriatric Medicine and gerontology. RC Tallis, HM Fillit & JC Brockleurst (eds.), London: Churchill Livingstone, 1683 pp, 1998.
- Due P et al. Social relations: network, support and relational strain. *Social Science and Medicine* 1999; 48:661-673.
- Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(1): 93-9.
- Ferrer MLP, Perracini MR e Ramos LR. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. *Rev. Bras. Fisioter* 2004, 8(2):149-154.
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9.
- Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.
- Frydman MI. Social support, life events and psychiatric symptoms. A study of direct conditional and interactions effects. *Social Psychiatry* 1981; 16:69-78.
- Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública* 2004a; 20(4):995-1003.
- Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2004b; 50(1):97-103.
- Gênesis, 2003. Relatório de Conclusão dos trabalhos realizados pelo Curso de Capacitação de Agentes Sociais para atuar junto a idosos em situação de risco de violência. Subsecretaria de promoção e defesa dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, 235/2003.
- Gomes GC, Diogo MJD'E. Função Motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas, SP, Editora Alínea, 2004.

- Gordilho A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. *Bahia Análise & Dados* 2001; 10(4):138-153.
- Griep RH et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003a; 19(2):625-634.
- Griep RH et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública* 2003b; 37(3):379-385.
- Griep RH et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714.
- Grossi PK, Souza MR. Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Textos e Contextos [periódico on line]* 2003; ano II (2). Disponível em <http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/idosos.pdf> [2005 Set 14].
- Guimarães MNG, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev. Bras. Méd. Esporte*, 2005; 11(5):299-305.
- Hanson BS, Östergren PO. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects in some results from the population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. *Social Science and Medicine* 1987; 25(7):849-859.
- Holahan CJ, Moos RH. Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 1981; 90(4):165-170.
- Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing* 2003;32:593-600.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. [16/ago/2006].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/sintese/tab11.pdf> [11/jul/2006].

Ishizuka MA, Mutarelli EG, Yamaguchi AM, Jacob Filho W. Falls by elders moderate levels of movement functionality. *Clinics* 2005; 60(1):41-46.

Ishizuka MA. Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais [Dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Koo J, Rie J, Park K. Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics and Gerontology International* 2004; 4:268-270.

Krantz G, Östergren P. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54:192-199.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2003:73-92.

Lebrão ML. Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2003:33-44.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003a; 19(3):735-743.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003b; 19(3):745-757.

Litvoc J, Brito FC. Capacidade Funcional. In: Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo, Ed Atheneu, 2004.

Machado, L, Gomes, R, Xavier, E. Meninos do Passado. Eles não Sabiam o que os Esperava. *Insight Inteligência*, Rio de Janeiro, 2001; IV(15):37-55.

- Martin FC, Hart D, Spector T, Dayle DV, Harari D. Fear of falling limiting activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. *Age and Ageing* 2005; 34:281-287.
- Martins VMC. Quedas em pacientes geriátricos [Monografia de especialização]. Rio de Janeiro: Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age and Ageing* 2001; 30-s4: 3-7.
- Matos O. As formas modernas de atraso. In: Folha de São Paulo, São Paulo, 27 de set. 1999. Primeiro Caderno, p.3.
- Minayo MCS, Hartz ZA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
- Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2004.
- Minayo MCS; Souza ER (Orgs.). Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- Ministério da Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br. [2006 Jul 25]
- Moreira MM. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. *Rev. Bras. Estudos Pop.* Brasília, 1998; 15(1):79-93.
- Moura RN, Santos FC, Driemeier M, Santos LM, Ramos LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontol* 1999; 7(2):15-21.
- Nascimento JSF. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.
- Naumann VJ, Byrne GJA. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Geriatrics* 2004; 16(2):159-173.
- Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(2):309-313.

- Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL), 1998.
- Paixão Júnior CM, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas, EV de et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003. p. 624-34.
- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. Rev. Saúde Pública 2005; 39(3):383-91.
- Peixoto CE (org). Família e envelhecimento. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2004.
- Pereira SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. Disponível em <http://www.sbgg.org.br/profissional/publicacoes/queda.pdf> [2005 Ago 10]
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev. Saúde Pública 2002; 36(6):709-16.
- Perracini MR. Fatores associados à quedas em coorte de idosos residentes no município de São Paulo. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2000
- Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Notas técnicas 8 e 9: Tijuca/Vila Isabel e Leopoldina. Coleção Estudos da Cidade. Rio Estudos 98, 2003.
- Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 1993; 8:313-323.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):793-798.
- Ramos MP. Apoio Social e saúde entre idosos. Sociologias 2002; 4(7):156-175.
- Reyes-Ortiz CA, Snih SA, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(5/6):362-9.
- Rosa TEC, Benício MHD'A, Latorre Dias MRDOL, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública 2003; 37(1):40-8.
- Rozenfeld S, Camacho LAB, Veras RP. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2003; 13(6):369-75.

- Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamento entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):717-724.
- Rozzini R, Frisoni GB, Ferruci L, Barbisoni P, Bertozzi B, Trabucchi M. The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily scales and the Physical Performance Test. *Age and Ageing* 1997; 26:281-287.
- Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(1):57-68.
- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6):757-64.
- Shibata H, Sugisawa H, Watanabe S. Functional capacity in elderly Japanese living in the community. *Geriatrics and Gerontology International* 2001; 1:8-13.
- Shirom A, Westman MED. Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support. *Social Science and Medicine* 1985; 20:637-644.
- Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* [periódico on line] 2005; 8(1). Disponível em http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso [2006 Mar 21].
- Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):364-71.
- Souza AS, Meira EC, Néri IG, Silva JA, Gonçalves, LHT. Fatores de risco e maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos sobre Envelhecimento* [periódico on line] 2004; 7(2). Disponível em http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200005&lng=pt&nrm=iso [2006 Mar 21].
- Souza ER, Fortuna FFP, Pereira MC. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro. *Gerontol* 1998; 6(2):66-73.
- Souza ER, Minayo MCS, Aldé L. Condições e qualidade de vida. In: *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro. Minayo MCS; Souza ER (Orgs.). Garamond, 2003.
- Stel VS, Smit JH, Pluijm SMF, Lips P. Consequences of falling in older men and women e risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing* 2004; 33(1):58-65.

Valla VV, Stotz EM, Guimarães MBL. Relatório final da pesquisa: Vigilância civil da saúde na atenção básica – uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2005.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3):246-52.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994:41-60.

Xavier FMF, Ferraz MPT, Maré N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1):31-9.

Conclusão

A presente dissertação que foi elaborada com o objetivo maior de estudar as repercussões das quedas na qualidade de vida de idosas encontrou resultados que despertam a atenção para as peculiaridades da população estudada.

As idosas de Manguinhos apresentaram uma proporção de quedas menor que a encontrada em idosos que participaram de outros estudos, como os de Guimarães e Farinatti (2005) no Rio de Janeiro e de Fabrício e cols (2004) em Ribeirão Preto/SP.

Com esses dados, confirmamos, em parte, o pressuposto de que as mulheres idosas que vivem em comunidades de baixa renda são mais vulneráveis às quedas se comparadas com outras mulheres e com os homens, em função da exacerbação de fatores intrínsecos (problemas de saúde física e mental e uso de medicamentos) e extrínsecos (condições de moradia e seu entorno, e isolamento social) a que estão expostas. Em relação aos fatores extrínsecos, as idosas de Manguinhos estão realmente mais expostas pelas dificuldades impostas pelo ambiente da comunidade onde vivem, se comparadas a outras populações que vivem em ambientes e condições diferentes da favela.

As quedas são percebidas pelas idosas como um sinal de fracasso das forças e, reconhecer que caiu é como admitir o envelhecimento e os problemas de saúde que trazem “fraqueza” ao corpo dos mais velhos. Na tentativa de justificar essa falha, afirmam que o trabalho realizado ao longo da vida faz com que as

peças se sintam cansadas e enfraquecidas. Além dessa, outras explicações culpam a falta de cuidado, os medicamentos de uso contínuo que prejudicam os ossos, a menopausa e as condições emocionais e econômicas como as dificuldades financeiras e os conflitos familiares.

As condições socioeconômicas dos moradores do Complexo de Manguinhos, bem como das idosas que participaram deste trabalho parecem não permitir a visão de que as quedas poderiam ser menos freqüentes, se medidas de prevenção fossem incorporadas ao comportamento pessoal e às condições arquitetônicas do local onde vivem.

Ao investigar a qualidade de vida das mulheres idosas, as médias encontradas nos domínios do WHOQOL-Bref foram maiores se comparados com outros grupos de idosos. Apesar disso, como era de se esperar, o ambiente onde vivem essas mulheres influencia sensivelmente sua qualidade de vida. No domínio destinado a avaliar o meio ambiente, elas apresentaram médias menores se comparadas com os idosos de outros estudos como os de Taiwan (Hwang et al, 2003) e os australianos (Naumann e Byrne, 2004).

Nas entrevistas, a qualidade de vida está associada com saúde, boa alimentação, conforto na velhice, casa própria, condições financeiras para se manter, bom relacionamento com a família e sossego.

A visão negativa da qualidade de vida se fez presente entre as idosas que enfrentam maiores dificuldades como a fome, a falta de alguém que ajude em caso de doença, os problemas financeiros e a violência exercida por narcotraficantes da área.

As conseqüências das quedas para as idosas de Manguinhos foram mais freqüentes que as encontradas em outros grupos de idosos. As proporções relativas ao medo de cair, modificação de hábitos, imobilizações e rearranjo familiar foram maiores entre essas idosas, se comparadas ao grupo pesquisado por Fabrício e cols (2004).

Apesar disso, a capacidade funcional não se mostrou prejudicada pelo fato de terem experimentado quedas no último ano e, as mulheres consideradas independentes apresentaram mais quedas que as dependentes. Os problemas de locomoção, visão e a idade mais avançada foram os fatores que mais interferiram na capacidade funcional dessas idosas.

Na percepção desses sujeitos a experiência da queda influenciou negativamente sua qualidade de vida, com uma sensível piora em seu bem estar. As conseqüências negativas da queda estão associadas com a piora do estado de saúde, a privação do trabalho e a dependência financeira, problemas de memória, uso contínuo de medicamentos, a perda de agilidade e dor.

Assim como nas entrevistas, a avaliação realizada através do WHOQOL-Bref mostrou a influência das quedas na qualidade de vida das mulheres idosas de Manguinhos. Apesar da diferença ter sido mais significativa no domínio Psicológico, em todos os domínios houve uma redução nas médias para o grupo das mulheres que apresentaram quedas no último ano. Menores médias também foram encontradas entre os idosos de Taiwan que caíram no último ano (Hwang et al, 2003).

Uma possível justificativa para o fato da maior diferença no domínio Psicológico seria a dependência a que as idosas seriam submetidas como

conseqüência da queda. Por esse motivo, elas seriam levadas a experimentar sentimentos negativos, alterações na memória e concentração, baixa auto-estima e alterações na imagem corporal e aparência.

De acordo com os resultados obtidos, através do WHOQOL-Bref e das entrevistas, as quedas foram interpretadas como uma forma de piora da qualidade de vida para essas mulheres. Nesse sentido, o segundo pressuposto deste estudo não foi confirmado, pois as quedas não proporcionaram a obtenção de atenções e cuidados antes negligenciados.

Quando se investigou os fatores associados à ocorrência de quedas nas mulheres idosas residentes no Complexo de Manguinhos pode-se perceber que elas apresentam fatores de risco marcantes.

Entre os fatores intrínsecos encontram-se os problemas de saúde, nos quais as doenças cardiovasculares e osteomusculares representaram a maior proporção se comparadas com as outras condições patológicas. Esses dados também foram encontrados por outros autores como Santos e Andrade (2005) e Lima-Costa e cols (2003a). Além desses, os problemas de visão e locomoção apareceram de forma significativa e foram responsáveis por alterações na capacidade funcional das idosas. Entre os problemas psicológicos apresentados por elas, os principais foram as dificuldades no sono e a tristeza que, segundo Ishizuka (2003), podem estar relacionados com depressão e são fatores de risco para as quedas. Os conflitos familiares e na comunidade apareceram como uma importante causa de aborrecimento e estresse entre as idosas.

Os medicamentos e seu uso de forma concomitante (polifarmácia) é uma realidade neste grupo de idosas, o que constitui um importante fator de risco para

quedas através dos efeitos adversos e das interações medicamentosas. Comparando com outros estudos (Fabrício et al, 2004 e Rozenfeld, 2003), as idosas de Manguinhos usam uma proporção maior de medicamentos do tipo anti-hipertensivos. Em relação aos polifármacos, as idosas apresentam proporções semelhantes a de outros trabalhos como o de Flores e Mengue (2005) e Guimarães e Farinatti (2005).

Além dos fatores intrínsecos, os extrínsecos chamam a atenção, principalmente, por se tratar de pessoas que vivem em um ambiente muito precário e sem infra-estrutura adequada para a locomoção segura de idosos. As próprias idosas reconhecem a existência de barreiras arquitetônicas que dificultam as atividades e podem propiciar as quedas. Elas afirmam que os principais riscos ambientais são o piso escorregadio, inclusive no banheiro, as calçadas irregulares e os degraus na soleira da porta. O diário de campo confeccionado durante as entrevistas confirma a presença dessas dificuldades apontadas por elas.

Quando se analisa o apoio social com que essas idosas podem contar, quando precisam de ajuda para alguma situação de sua vida, percebe-se que a dimensão de interação social positiva é a que elas menos têm apoio. Isso mostra que as interações sociais, importante fator protetor para a ocorrência de doenças e a adoção de comportamentos saudáveis (Andrade e Vaitsman, 2002; Ramos, 2003) encontra-se muito prejudicado entre as mulheres desse grupo.

Com este trabalho, verificou-se que os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para as quedas estão presentes para a maior parte das idosas pesquisadas, mas apesar disso, a capacidade funcional, avaliada através das atividades instrumentais da vida diária se mantém preservada na maioria delas. A

qualidade de vida foi negativamente afetada pelas conseqüências das quedas, mas esse impacto não é maior que as dificuldades socioeconômicas e ambientais encontradas por elas.

Diante de todas essas colocações, algumas recomendações parecem pertinentes no sentido de diminuir a ocorrência das quedas e, por conseqüência, promover a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Seguindo o que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, em relação à promoção do envelhecimento saudável com manutenção da pessoa idosa em seu ambiente familiar e com capacidade funcional preservada, um programa que trabalhe a conscientização da sociedade e dos próprios idosos sobre medidas que diminuam os riscos para a queda é imperioso e urgente.

As ações previstas para um programa com estas características deveriam incluir: 1) uma campanha pública sobre a prevenção das quedas e como adotar medidas alternativas que diminuam os fatores extrínsecos de risco presentes no ambiente familiar – fixação de tapetes, pisos antiderrapantes, adaptação das alturas de móveis muito altos ou muito baixos, instalação de corrimãos em corredores e banheiros, boa iluminação, eliminação de obstáculos como fios elétricos estendidos pelo chão e objetos espalhados pela casa e outros; 2) uma norma que contemple as adaptações nos espaços urbanos para permitir a participação segura e cidadã do idoso na vida em sociedade – redução da altura das calçadas, melhora do calçamento e pavimentação das ruas, via de acesso seguro de pedestres aos equipamentos públicos com rampas e corrimãos, regulação do tempo dos sinais de trânsito para permitir a travessia segura dos idosos, 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; 3) capacitação dos profissionais de saúde para a orientação efetiva dos familiares e dos próprios idosos, no sentido de adotarem comportamentos seguros para minimizar os fatores de risco que levam às quedas e 4) treinamento físico que trabalhe equilíbrio e força muscular acompanhados por profissionais de saúde experientes no atendimento das especificidades do envelhecimento.

Vale ressaltar que, nas comunidades faveladas, como é o caso de Mangueiras, a urbanização dos espaços públicos em seu interior seria um importante passo para reduzir os riscos com que os idosos convivem em suas atividades diárias.

Com o acentuado crescimento de idosos na população brasileira e as dificuldades enfrentadas por eles em relação à saúde e às condições socioeconômicas, advoga-se aqui por uma discussão de programas específicos que se voltem à prevenção das quedas e à promoção do envelhecimento saudável com qualidade de vida.

Apêndice A

Questionário

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP
Centro Latino Americano de Estudo de Violência e Saúde Jorge Careli / CLAVES

Pesquisador: _____	Revisor: _____
Supervisor: _____	Digitador: _____

Comunidades:

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> CHP2 | 7. <input type="checkbox"/> Parque João Goulart |
| 2. <input type="checkbox"/> Conj. Habit. Ex-Combatentes | 8. <input type="checkbox"/> Parque Oswaldo Cruz |
| 3. <input type="checkbox"/> Conj. Habit. Nelson Mandela | 9. <input type="checkbox"/> Varginha |
| 4. <input type="checkbox"/> Conj. Habit. Samora Marchel | 10. <input type="checkbox"/> Vila Turismo |
| 5. <input type="checkbox"/> Mandela de Pedra (I, II) | 11. <input type="checkbox"/> Vila União – Cabo Verde |
| 6. <input type="checkbox"/> Parque Carlos Chagas | 12. <input type="checkbox"/> Vitória de Manguinhos |

Nós vamos começar falando sobre algumas questões da sua vida social e econômica.

- Qual é a sua idade: _____ anos
- Sexo: 1. Masculino 2. Feminino
- Qual é a sua escolaridade:
 - Analfabeto(a)
 - Primário incompleto
 - Primário completo
 - Secundário incompleto
 - Secundário completo
 - Superior incompleto
 - Superior completo
- Qual o senhor(a) acha que é a sua cor:

2. Cônjuge 6. Genro
3. Neto(a) 7. Outro(s)
4. Filho(a) Quem? _____

19. Quantas pessoas moram na casa com o senhor(a)?

20. Como é o seu relacionamento com os outros membros da casa?

1. Bom 2. Regular 3. Ruim 4. NSA

21. O senhor(a) fica sozinho(a) em que período do dia:

1. Manhã 2. Tarde 3. Noite 4. NSA

22. Com quem fica a maior parte do dia:

1. Sozinho 5. Genro
2. Cônjuge 6. Nora
3. Filho(a) 7. Outros
4. Neto(a)

23. O senhor(a) se sente sozinho(a) mesmo em meio aos seus familiares?

1. Sim 2. Não

24. O senhor(a) perdeu alguma pessoa próxima (querida), nos últimos 06 meses?

1. Sim 2. Não

25. Qual foi o motivo?

1. Doença 2. Acidente e/ou violência

26. O senhor(a) costuma fazer visitas?

1. Sim 2. Não

27. A quem?

1. Familiar na comunidade
2. Familiar fora da comunidade
3. Amigo ou conhecido da comunidade
4. Amigo ou conhecido fora da comunidade
5. Outros _____

28. O Senhor(a) costuma receber visitas?

1. sim
2. não

29. Quem o(a) visita freqüentemente?

1. Familiar da comunidade
2. Familiar fora da comunidade
3. Amigo ou conhecido da comunidade
4. Amigo ou conhecido de fora da comunidade
5. Outros _____

30. O senhor(a) participa de algum grupo religioso?

1. Sim
2. Não

31. O senhor(a) participa de alguma atividade cultural (cinema, teatro)?

1. Sim
2. Não

32. Realiza alguma atividade física?

1. Não
2. Caminhada
3. Ginástica
4. Hidroginástica
5. Outra.
Qual? _____

33. O senhor(a) costuma sair para se divertir (cinema, teatro)?

1. Sim
2. Não

34. Nós vamos falar agora sobre algumas coisas do seu dia-a-dia. Eu gostaria que o senhor(a) respondesse apenas "sim" ou "não" para os itens que vou ler.

Pergunta	3. sem ajuda	2.com ajuda parcial	1. não consegue
1. O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?			
2. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de			

planejamentos especiais?			
3. O(a) senhor(a) consegue sair para fazer compras?			
4. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?			
5. O(a) senhor(a) consegue arrumar sua casa?			
6. O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
7. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar suas roupas?			
8. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e no horário correto?			
9. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?			

Nós vamos perguntar agora algumas coisas sobre segurança e violência.

35. O(A) senhor(a) se sente seguro(a) quando está dentro de sua casa?

1. Sim 2. Não

36. O(A) senhor(a) se sente seguro fora de sua casa?

1. Sim 2. Não

37. Nos últimos seis meses o(a) senhor(a):

	Sim	Não
1. Se sentiu ameaçado(a) de ser internado(a) em asilo, proibido(a) de sair de casa ou de fazer alguma coisa de que gosta?		
2. Vive em ambiente que tem muito barulho e movimento de pessoas que incomodam o seu descanso?		
3. Você sofreu alguma agressão física como: beliscões, tapas, pontapés, empurrões?		
4. Pôde sair livremente para visitar vizinhos, amigos ou parentes?		
5. Se sentiu abandonado por parentes ou familiares quando necessitou de alguma assistência para os seus cuidados pessoais?		
6. Já foi forçado a assinar algum papel ou documento em branco?		
7. Foi obrigado(a) a passar algum bem para familiares ou terceiros?		

10. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
11. De quem você realmente quer conselhos?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
12. Com quem distrair a cabeça?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
13. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
14. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
15. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
16. Com quem fazer coisas agradáveis?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
17. Que compreenda seus problemas?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
18. Que você ame e faça você se sentir querido?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
19. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

Nós vamos falar sobre questões de sua vida diária e também questões relacionadas às quedas.

42. O(a) sr(a) sofreu alguma queda no último ano?

1. Sim

2. Não

Quantas? _____

Número de quedas	Questão 43	Questão 44	Questão 45	Questão 46
01				
02				
03				
04				
05				

43. Onde caiu?

(1) Em casa (2) Na rua (3) Outro lugar

44. Sofreu alguma fratura em consequência dessa queda?

1. Não

5. Fêmur

2. Cabeça

6. Quadril

3. Coluna

7. Membro Superior

4. Costela

8. Perna

45. Em consequência dessa queda, foi atendido(a) em algum serviço de saúde?

(1) Sim

(2) Não

46. Se sim, qual?

(1) Posto de saúde

(2) Pronto socorro /
emergência hospitalar

(3) Hospital de
traumatologia

47. Independente dessa queda, antes o sr(a) teve alguma outra fratura?

1. Sim

2. Não

48. Depois que caiu o(a) sr(a) passou a sentir ou teve que fazer alguma dessas coisas?

1. Passou a sentir medo de voltar a cair

5. Mudou de domicílio

2. Modificou os hábitos (caminhada, AVD)

6. Ficou imobilizado

3. Teve que fazer um rearranjo familiar

7. Ficou com lesão neurológica

4. Abandonou alguma atividade

49. O(a) sr(a) tem algum problema de saúde?

1. Não

6. Osteomuscular

2. Cardiovascular

7. Psiquiátrico

3. Endócrino

8. Sensorial

4. Geniturinário

9. Outro. Qual? _____

5. Neurológico

50. Tem algum problema de visão?

1. Sim

2. Não

51. Tem algum problema de audição?

1. Sim

2. Não

52. Tem alguma dificuldade para andar?

1. Sim

2. Não

53. Tem problemas nos pés?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Não | 4. <input type="checkbox"/> Joanete (hallux valgus) |
| 2. <input type="checkbox"/> Deformidades dos dedos | 5. <input type="checkbox"/> Unhas encravadas |
| 3. <input type="checkbox"/> Ferimentos | 6. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ |

54. Usa algum medicamento?

1. Sim 2. Não

55. Quais? _____

Fatores Psicológicos

56. O(a) sr(a) se aborreceu no último ano com alguma dessas situações?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Relacionamento com a família | 4. <input type="checkbox"/> Relacionamento com os serviços de saúde |
| 2. <input type="checkbox"/> Relacionamento com amigos | 5. <input type="checkbox"/> Relacionamento com internação hospitalar |

57. No último ano, o(a) sr(a) teve algum desses problemas?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aumentou a frequência urinária | 6. <input type="checkbox"/> Sentiu-se carente de afeto |
| 2. <input type="checkbox"/> Dificuldades no sono | 7. <input type="checkbox"/> Sentiu-se inseguro e frágil |
| 3. <input type="checkbox"/> Perdeu o apetite | 8. <input type="checkbox"/> Sentiu-se triste |
| 4. <input type="checkbox"/> Sentiu palpitações | 9. <input type="checkbox"/> Teve medo de cair |
| 5. <input type="checkbox"/> Sentiu-se agitado | |

Fatores Ambientais

58. Em sua casa o(a) sr(a) tem que lidar com alguma dessas coisas?

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Tapete solto | 7. <input type="checkbox"/> Objetos guardados em locais altos |
| 2. <input type="checkbox"/> Calçados inadequados | 8. <input type="checkbox"/> Cadeiras muito altas ou muito baixas |
| 3. <input type="checkbox"/> Degraus na soleira da porta | 9. <input type="checkbox"/> Móveis instáveis ou deslizantes |
| 4. <input type="checkbox"/> Escadas sem corrimão | 10. <input type="checkbox"/> Cama muito alta ou muito baixa |

5. ☒ Iluminação deficiente

11. ☒ Banheiro com piso escorregadio

6. ☒ Piso escorregadio

Nós vamos falar sobre questões relacionadas à sua qualidade de vida.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
59	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
60	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
61	Em que medida sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
62	O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
63	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
64	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
65	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
66	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
67	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes falam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
68	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
69	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
70	Você tem dinheiro suficiente para realizar suas necessidades?	1	2	3	4	5
71	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
72	Em que medida você tem oportunidades de realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você tem se sentido em relação a vários aspectos de sua vida nas últimas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
73	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insa-tisfei-to	Insatis-feito	Nem satis-feito nem insatis-Feito	Satis-feito	Muito satisfeito
74	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
75	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

76	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
77	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
78	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
79	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
80	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
81	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
82	Quão satisfeito(a) você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
83	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
84	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5

	ansiedade,depressão?					
--	----------------------	--	--	--	--	--

Apêndice B

Entrevista

1. Por que a sra acha que as pessoas idosas caem?
2. Fale sobre a(s) queda(s) que a sra já teve (quantas vezes já caiu, quais foram os motivos, como aconteceu)?
3. Que coisas a sra faz para evitar cair?
4. O que mais poderia ser feito para evitar que as pessoas idosas caiam?
5. Em sua opinião, o que a sra considera como uma boa qualidade de vida?

6. A sra considera que sua vida tem uma boa qualidade?

7. A sra acha que após ter caído sua qualidade de vida melhorou ou piorou? Em que?

Apêndice C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NOS QUESTIONÁRIOS

Prezado(a) senhor(a)

O Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES, da Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Fundação do Amparo à Pesquisa/FAPERJ, está desenvolvendo um estudo que tem como objetivo investigar em que medida a violência impede a garantia dos direitos dos idosos.

O(a) senhor(a) está convidado(a) para participar respondendo a um questionário.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que responderem ao questionário.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto a sua participação e os benefícios serão o acesso a informações sobre os organismos de defesa do idoso e aos resultados da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto no LCAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax (0xx) (21) 2290-4893, no horário das 9 às 17 horas.

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.
RUBRICA OU ASSINATURA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NAS ENTREVISTAS

Prezado(a) senhor(a)

O Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES, da Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Fundação do Amparo à Pesquisa/FAPERJ, está desenvolvendo um estudo que tem como objetivo investigar em que medida a violência impede a garantia dos direitos dos idosos.

O(a) senhor(a) está convidado(a) para participar de uma entrevista e por isso pedimos sua permissão para gravá-la para que possamos ser fiéis ao seu relato.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição.

Não há riscos quanto a sua participação e os benefícios serão o acesso a informações sobre os organismos de defesa do idoso e aos resultados da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto no LCAVES, situado na Avenida Brasil, 4036, sala 700 – Manguinhos – Rio de Janeiro, ou pelo telefone/fax (0xx) (21) 2290-4893, no horário das 9 às 17 horas.

Eu, _____, declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados.

RUBRICA OU ASSINATURA
