

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**“CAIU, TCHAU E BENÇA”: REARRANJOS ESPACIAIS E
COMPORTAMENTAIS DE IDOSOS NO PÓS-QUEDA
EM RESIDÊNCIAS UNIPESOAIS**

MARCOS DEMÉTRIUS BARBOSA

DISSERTAÇÃO

MARINGÁ
2016

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**“CAIU, TCHAU E BENÇA”: REARRANJOS ESPACIAIS E
COMPORTAMENTAIS DE IDOSOS NO PÓS-QUEDA
EM RESIDÊNCIAS UNIPESSOAIS**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação e Tecnologias na Promoção de Saúde

Orientador: Prof. Dr.^o Tiago Franklin Rodrigues Lucena

Coorientadora: Prof. Dr.^a Regiane da Silva Macuch

MARINGÁ
2016

MARCOS DEMÉTRIUS BARBOSA

**“CAIU, TCHAU E BENÇA”: REARRANJOS ESPACIAIS E
COMPORTAMENTAIS DE IDOSOS NO PÓS-QUEDA
EM RESIDÊNCIAS UNIPESSOAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof.º Dr.º Tiago Franklin Rodrigues Lucena
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof.ª Dr.ª. Ana Paula Machado Velho
Centro Universitário de Maringá

Prof.º .Drº. Theodore E. Krueger III
Rensselaer Polytechnic Institute Troy-NY, EUA

Aprovado em: 21 de Novembro de 2016

*Dedico a todos os idosos participantes do estudo.
Obrigado por compartilharem comigo suas experiências,
residências e cafezinhos. Todos esses resultados serão para vocês e
para todos nós algum dia*

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A **Deus** que sabe de todas as angústias e fraquezas que vivenciei durante todo esse processo e me deu forças quando imaginei que desistiria.

À minha esposa, **Mayra**, mulher determinada, sensível e inteligente que durante esse período não me desamparou uma só vez, permanecendo sempre ao meu lado forte como uma rocha. Por muitas vezes, escorou-me e levantou-me quando fraquejei e cai em desânimo e até desacreditei, que pudesse concluir e vivenciar toda essa experiência que o mestrado representou para mim.

Aos meus filhos, **Clara e Bento**, que souberam entender esse processo e me dividir com períodos de ausências nas noites e finais de semana dedicados à confecção deste trabalho. Alegro-me pensar que talvez no futuro não se lembrem do tempo que precisei sonegar de vocês para conquistar esse título de Mestre, quero que saibam que tudo isso foi por vocês.

Ao meu orientador **Tiago Franklin R. Lucena** por todo ensinamento e sabedoria que me proporcionou. Por toda paciência que teve comigo e, principalmente, por todo incentivo e todos os conselhos. Cada um deles me fez uma pessoa melhor e madura. A você todo meu respeito e admiração.

À minha coorientadora **Regiane Macuch** por acreditar e confiar em mim. Agradeço por cada “estrelinha” que me deu, esse incentivo foi importante para mim.

À minha mãe e à minha avó, pelas orações e incentivos.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, o meu muito obrigado!

RESUMO

O fenômeno do envelhecimento populacional é global e se configura como um dos principais desafios para os setores econômico, social e de saúde pública e privada. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) destaca que essa população representará, em 2025, um contingente de quase 15 milhões de pessoas, colocando o país como o 6º com maior número de pessoas idosas no mundo. O processo de envelhecimento é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais. Há um aumento da predisposição às situações de incapacidade funcional o que compromete a realização das atividades de vida diária – AVD. Há também um alto índice de quedas entre os idosos, se comparado a outras faixas etárias. Também se observa como uma tendência, a configuração de residências unipessoais por essa população. Por isso, o objetivo deste trabalho foi analisar e refletir sobre as experiências dos idosos no pós-queda em domicílio, identificando as soluções criativas dadas por eles para evitar novas quedas. A amostra de 10 entrevistas foi triada a partir de um grupo de 92 indivíduos (homens e mulheres com idade entre 65 e 85 anos) frequentadores de Clubes de Danças e Praças de Maringá-PR, em agosto de 2016. Desse grupo, foram entrevistados apenas os idosos que residiam em domicílios unipessoais e tinham sofrido queda no interior da residência nos últimos 5 anos. A pesquisa de natureza interdisciplinar qualitativa trouxe metodologias e técnicas cruzadas de observação participante, entrevistas semiestruturadas, documentação do processo em cadernos de anotações, fotos e vídeos. Os dados foram coletados individualmente, identificando soluções criativas e de rearranjo de hábitos, costumes e espaciais que visavam minimizar os riscos de novas quedas. Após a coleta, realizou-se a análise de conteúdo das falas somando comentários e documentação audiovisual colhidos durante a fase de observação. Os resultados demonstram que os indivíduos que moram sozinhos enfrentam um desafio no momento pós-queda: o de se autoanalisar e o de buscar/acionar ajuda. Todos mudaram algum aspecto de sua AVD, 5/10 alteraram a configuração espacial da residência e 5/10 declararam ter deixado de realizar a atividade que os levaram a queda. Percebeu-se que os idosos enxergam a queda como um fenômeno natural, reconhecem os fatores de risco, não se queixam de morar só e possuem bom grau de autonomia na realização das AVD. Acreditamos que a queda despertou um processo de aprendizagem e que a experiência não foi encarada como negativa, ainda que com consequências para a saúde (como fraturas e perda da mobilidade). Como ação de promoção da saúde, ao término, os voluntários receberam algumas sugestões de segurança para evitar novos eventos e, como desdobramento sugeriu-se a criação de uma rede de suporte mútuo entre esses indivíduos.

Palavras chaves: Promoção da Saúde, Envelhecimento; Quedas, Residências Unipessoais, Soluções;

ABSTRACT

The phenomenon of population aging is global and it is one of the main challenges for economic, social and public and private health sectors. In Brazil, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) points out that this population may represent, in 2025, a contingent of 15 million people, ranking the country as the 6th with greater number of elderly in the world. The aging process is characterized by biological, psychological, cognitive and social changes. There is an increased predisposition to disability situations that compromise the performance of the activities of daily living - ADL. There is also a high rate of falls in this group if compared to other age groups. It is also observed the configuration of unipersonal households as a trend and our goal was to analyze and reflect on the experiences of older people in the post-fall at home, identifying creative solutions given by them to prevent further events. The sample was composed by 10 individuals interviewed after a screening from a group of 92 individuals (men and women – age range of 65-85 years), who attend Dance Clubs and Parks in Maringá-PR during August of 2016. The inclusion criterion was people who had suffered falls in the last five years and lived in homes with different characteristics. The qualitative interdisciplinary research brings together different methodologies and techniques such as participant observation, semi-structured interviews and documentation in notebooks, photos and videos. Data were individually collected identifying creative solutions and habits, customs and spatial rearrangements, aimed at minimizing the risk of further falls. After data collection, we applied a Content Analysis of the speeches by adding comments with the observation in audiovisual documentation collected during the observation phase. The results showed that individuals who live alone face a challenge in the post-fall moment: the self-analysis and seeking for help. All individuals changed some aspect of their ADL, 5/10 changed the spatial configuration of their household and 5/10 declared having stopped doing the activity that led to the fall. It was noticed that the elderly see the fall as a natural phenomenon, recognize the risk factors, do not complain about living alone and have a good degree of autonomy in ADL. We believe that the fall sparked a learning process and that the experience was not seen as negative, despite of health consequences (such as fractures and loss of mobility). As a health promotion action we guided some safety tips to avoid new events and, as a suggestion, we recommended the creation of a mutual support network among these individuals.

Keywords: Health Promotion, Aging, Falls, Unipersonal households, Solutions.

LISTA DE SIGLAS

AAVD	Atividade Avançada de Vida Diária
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Intermediária de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CO ²	Gás Carbônico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NBR	Norma Brasileira
O ²	Oxigênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
QV	Qualidade de Vida
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Serviço de Informação da Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

FIGURAS

Figura 1: Nuvem de Palavras. Visualização das palavras mais recorrentes nas entrevistas.	49
Figura 2: D. reconstitui o momento da queda no local	55
Figura 3: Pisos com superfícies irregulares e liso.(esq.) Piso da residência de L., (centro) piso de J. e; (esq.) piso de A.	58
Figura 4: Objetos na residência: (Linha acima). Diferentes usos do tapete. (esq.) tapete na cozinha de J. (centro) tapete na saída da cozinha de An.; (dir.); tapete no fim da escada de An. (linha abaixo): fios elétricos na residência de En. (centro e dir.) chinelos na passagem e corredor estreito com fios e objetos na residência de M.	58
Figura 5: Escadas nas residências: (linha acima). Escadas na residência da An. (Linha abaixo): Escadas sem sinalização de níveis de degrau na residência de C. e (dir.) Escada motivo da queda em D.	59
Figura 6; Rampas de Acesso: Acima (esq.) rampa de acesso de En.; (dir.) rampa em B.; (abaixo esq) rampa em L. e (dir.) rampa em D.	60
Figura 7: Esquema para a localização das quedas numa planta baixa genérica de residência.	61
Figura 8: Banheiro adaptado com dispositivos de segurança em residência de An.	61
Figura 9: Banheiro de En. com tapete antiderrapante, banco e barra de apoio.	62
Figura 10: Banheiro com tapetes de borracha como dispositivo de segurança a (Esq) residência de B. e a (Dir) residência de M.	62
Figura 11: Banheiros sem nenhum dispositivo de segurança, linha acima à (Esq.) residência Es. ao (Centro) residência de D. à (Dir) residência de A. na linha abaixo à (Esq.) residência de L. ao (Centro) residência J. à (Dir.) residência de C.	63
Figura 12: Avaliação ambiental rampas de acesso com desníveis do terreno; Linha acima: (esq) residência L. (centro) residência B. à (dir) residência C. Linha abaixo: (esq) residência C. (centro) residência A. à (Dir) residência D.	69
Figura 13: Presença de degraus locais das quedas (esq) na residência de D. e à (dir) residência de An.	69
Figura 14: Rampa de acesso com desnível e diferença de piso residência En.	70
Figura 15: Presença de obstáculos e móveis nas passagens; residência de M.	72
Figura 16: Indivíduos separados por tipo de alteração/solução.	74
Figura 17: Mesa preparada para café e conversa sem instrumentos de coleta (vídeo e voz) com a entrevistada An.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Identificação dos entrevistados por sequência da entrevista, gênero, idade e iniciais adotadas.....	47
Tabela 2: Descrição do motivo da queda.....	64
Tabela 3: Fatores de risco (espaciais) das residências.....	70
Tabela 4: Respostas dos Entrevistados sobre as soluções pós-queda	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: EnvelheSer	16
1. Aspectos do envelhecimento	18
1.1 - Econômico	18
1.2- Alterações do Envelhecimento	23
CAPÍTULO II: RESIDÊNCIA UNIPESSOAL E AS QUEDAS	29
2.1 Quedas no Ambiente Domiciliar	33
2.2 – Design Universal e Casas Inteligentes como Soluções para as Quedas	35
CAPÍTULO III – CAMINHOS METODOLÓGICOS	38
3.1 - PÚBLICO	40
3.2 – DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	41
3.3 – COLETA DE DADOS	42
CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS DADOS	46
4.1 – Autonomia e Liberdade	49
4.2 – Família e Relações Interpessoais	52
4.3 História e Experiência da Queda na Residência	54
4.3.1 – Onde foi a queda	57
4.3.2 - Como foi a queda.	63
4.3.3 - Das reações à queda e sentimentos associados	65
4.4 – Percepção do Espaço e Soluções do pós-queda	68
4.4.1 - Rearranjos na residência para evitar novas quedas.	72
4.5 –A busca pelos serviços de socorro e de saúde	76
4.6 “Marcos você aceita tomar um café de veio?”: Reflexões sobre a técnica da observação participante	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	97
APÊNDICE I: Formulário para Triagem da Amostra	98
APÊNDICE II – Formulário Socioeconômico	99
APÊNDICE III: Roteiro da Entrevista (observação participante)	101
APÊNDICE IV: TCLE	102
APÊNDICE V: Transcrições da Entrevista	104

APÊNDICE VI: Tabela de Organização, Classificação e Recorrência das Palavras____ 131

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP _____ 136

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é consequência de uma tendência global do aumento de expectativa de vida e da queda de fecundidade. Kalache (1997) indica que o processo de envelhecimento demanda atenção específica, uma vez que se mostra como um fenômeno natural e irreversível. Ramos (1987) aponta como causa do aumento da população idosa fatores como: a redução da mortalidade geral e, em especial, a infantil; a diminuição das taxas de fecundidade; e o aumento das taxas de sobrevida ou expectativa de vida. Embora seja um evento universal, no Brasil o envelhecimento se apresenta de forma distinta em função da velocidade cronológica que essa transição demográfica se caracteriza. Segundo o IBGE (2011), a expectativa de vida duplicou ao longo do último século, passando de 33,7 anos em 1900, para 72,2 anos em 2011. Também podemos atribuir esse fenômeno aos avanços da medicina, impulsionados pelas inovações tecnológicas, e à melhora nas condições de vida com o saneamento e políticas voltadas para a prevenção da saúde humana¹.

Sob essa perspectiva, Veras (1994), em seu livro “País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil”, já projetava em seus estudos que o país sofreria um significativo avanço em sua população idosa, passando do 16º lugar na escala mundial, em 1950, quando apresentava cerca de 2,1 milhões de pessoas com mais de sessenta anos, para o 6º lugar com a espantosa perspectiva de 32 milhões de gerontes no total de sua população em 2025. Os dados mostram que o crescimento da população idosa é de quinze vezes, enquanto o crescimento da população total é de cinco vezes.

Os desafios desse processo demandam projetos e pesquisas nas mais diversas áreas, dentre elas podemos citar: a economia, a política e a saúde. No campo da Promoção da Saúde, área interdisciplinar que se define como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (WHO, 2013), destacam-se as ações para uma vida mais ativa e feliz, o que inclui os estudos voltados para a população idosa. Fala-se, nesse contexto, no termo “envelhecimento ativo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que destaca a qualidade desse processo em detrimento da visão do idoso como sedentário e problemático.

¹ O último censo demográfico realizado pelo IBGE ratifica a concretude desse fenômeno, pois observa que os avanços tecnológicos, os investimentos em saúde pública corroboraram, para que, com a queda da mortalidade no país, a expectativa de vida aumentasse (IBGE, 2011). Os dados são confirmados pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em 2010, quando o Brasil já contava com 190,8 milhões de habitantes, dos quais 11% eram idosos.

Sabe-se que o mundo está envelhecendo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas próximas décadas, a população mundial com mais de 60 anos vai passar, até 2050, dos atuais 841 milhões para 2 bilhões. Este fato demanda projetos e pesquisas em Promoção da Saúde voltados para essa população, visto que o fenômeno demográfico torna as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade, o novo desafio da saúde pública global.

A expectativa é que em 2020, 80% dos idosos vivam em países de baixa e média renda, o que demanda reformas profundas e fundamentais dos sistemas de saúde e de assistência social. Assim, vê-se que a responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida para as pessoas mais velhas vai além da situação de saúde. São necessárias estratégias para melhorar a prevenção e o gerenciamento de condições crônicas, disponibilizando cuidados de excelência (OMS, 2014). A presença dos idosos nas ruas, nas casas e no mercado de trabalho exige arranjos que afetam sua qualidade de vida e de seus familiares, exigindo mais acessibilidade nos espaços, design universal² e atitudes de respeito e compreensão. A figura do cuidador foi apontada, inclusive, como fundamental dentro desse processo e uma das profissões importantes no futuro (VANESSA PRATEANO, 2011).

Dentre os fatores que afetam a qualidade de vida do idoso, cita-se a perda da autonomia como um dos elementos relevantes. O número de residências ocupadas apenas por um idoso é um fenômeno que foi considerado em pesquisas (MAURITTI, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), e a autonomia de realizar sozinho, atividades de vida diária (AVD) somam-se aos desafios de viver só, de correr riscos, de necessitar de ajuda e de requerer um cuidador e/ou familiar. Lembramos que a incidência de quedas nessa parcela populacional desencadeia o medo e, conseqüentemente, uma relação insegura com o espaço e sua saúde (FABRÍCIO; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, DA, 2004). Assim nos perguntamos: Os idosos que residem sozinhos fazem alterações de ambiente ou comportamento após sofrerem queda no domicílio?

Foi com essa pergunta que formulamos o objetivo geral da pesquisa, que em uma perspectiva interdisciplinar, foi o de analisar e refletir sobre as experiências dos idosos no pós-queda. Por isso, pensamos como objetivos específicos: Identificar as soluções

² Diz-se daquele produto, serviço ou ambiente que seja usável pelo maior numero de pessoas possíveis independente da idade, habilidade ou situação. Está relacionado também às estratégias e recursos de acessibilidade.

(modificações ambientais); Identificar mudanças de comportamento (pós-queda) e; Orientar para evitar novas incidências de quedas.

Não a fizemos usando dados epidemiológicos ou de prontuários existentes que apontam as causas e as consequências das quedas dos idosos. Muitas pesquisas já se dedicaram a essa análise e perfil (ÁLVARES; C., L. R. da; SILVA, R. A. da, 2010; FERRETTI F, L. D, 2013; LOPES *et al.*, 2007; MESSIAS, M.G.; NEVES, 2009; RIBEIRO, A. P., 2006; S. STUDENSK; WOLTER, 2002; SILVA, T. M.; , A. Y. K. NAKATANI , ADENÍCIA C. S. e S.; LIMA, Do C. S., 2007). Quisemos, sim, empreender uma investigação que utilizasse o método qualitativo, inspirado na etnografia e com técnica da observação participante para compreender, em um universo de 10 idosos residentes em Maringá-PR, quais foram as soluções encontradas e se houve mudança no comportamento e no ambiente após sofrerem a queda. A perspectiva adotada aqui de Promoção da Saúde é a de que se propor a articulação entre saberes técnicos (da enfermagem) e populares (da população idosa) para o enfrentamento e soluções de problemas que afetam a qualidade de vida dessas pessoas. Esse partido conceitual foi orientado por pesquisadores como Buss (2000) e Nutbeam (1998) que orientam uma abordagem *bottom-up* (de baixo para cima) para se pensar nas soluções e ações de promoção da saúde, que inclua os indivíduos e considere os seus saberes dentro do processo de pesquisa. Assim, essa pesquisa de campo foi realizada no local onde vivem e não em laboratórios.

Para embasar a análise, foram produzidos quatro capítulos. No **capítulo I**, fala-se sobre o processo de envelhecimento do ponto de vista fisiológico, biológico, social, econômico, político e de saúde. Após esse panorama, apresentamos, no **capítulo II**, os principais desafios enfrentados pela população idosa, com destaque ao risco de quedas e, em especial, no ambiente doméstico. Somam-se a esse capítulo, algumas perspectivas de solução para diminuir as quedas e minimizar suas consequências. Dentre elas, surge o design universal e a automação residencial. No **capítulo III** descreve-se o processo de pesquisa e a metodologia adotada, com foco na técnica da observação participante, pois visitamos indivíduos, munidos de instrumentos de coleta e realizamos observações e entrevistas com eles. Após essa descrição, no **capítulo IV**, realizamos a análise dos dados coletados e refletimos sobre as soluções, percepções e o comportamento do idoso no pós-queda. O método adotado foi a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2009),

considerando suas falas e discursos, somados às anotações e fotografias retiradas na fase de campo. Por fim, apresentamos as **considerações finais** da pesquisa e do processo.

CAPÍTULO I: EnvelheSer

Compreendendo que o envelhecimento é um processo natural e se inicia nas primeiras horas de nossas vidas, cabe pensar e definir, neste momento, as principais alterações e considerações sobre o processo pelo qual todos os humanos passam e passarão. O envelhecimento é o resultado das interações de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida (HAYFLICK, 1996), para se falar sobre ele é preciso olhar e entender a complexidade desse fenômeno, comungando de suas determinações e ligações com a demografia, os *déficits* biológicos, a diminuição das funcionalidades sociais, e laborais, as trocas e perdas familiares, fraternais e culturais, bem como as mudanças do estilo de vida. Diferentes culturas interpretam o fenômeno com diversos pesos e significados, cabendo em alguns casos a exclusão, a reclusa, a falta de ajuste social, e o preconceito sofrido por aqueles que estão com “longas idades”. A dinâmica do envelhecimento situa-se então no contexto de alterações pelo qual passa a sociedade, essas mudanças não são lineares, e expressam conflitos nas relações de produção, de poder, de culturas e grupos.

Envelhecer não é uma fase simples, compreende vários processos que se entrelaçam em diferentes níveis, tais como biológico, psicológico e social, esses processos culminam com a morte do indivíduo. A velhice é uma fase do desenvolvimento que carrega consigo muitas representações, algumas com fortes conotações, como a da morte, que é encarada por muitos com temor, sendo foco de diversos filósofos, religiosos e cientistas, que especulam o que viria a seguir. O avanço da idade traz consigo várias perdas que são inerentes a essa fase do desenvolvimento, por isso, nessa etapa, são mais significativas (KOVÁCS; VAICIUNAS, 2008). Por outro lado, se reconhece o acúmulo de conhecimento e experiência dessa parcela da população, respeitada por isso em algumas comunidades. Segundo Miranda e Mota (2010), o envelhecimento deve ser visto como um processo natural de experiência acumulada e produtiva e não como uma doença terminal. Porém o processo de envelhecimento leva o idoso a um estado de maior vulnerabilidade e a um maior risco de declínio funcional, de sofrer quedas, hospitalização e morte (SAÚDE, 2007).

O envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades atuais e é decorrente de mudanças ocorridas em alguns indicadores de saúde, especialmente na redução de fecundidade e de mortalidade, que aliados aos avanços tecnológicos e científicos propiciam melhor qualidade de vida aos idosos e têm possibilitado um aumento na expectativa de vida (SCHARFSTEIN, 2006). O processo de envelhecimento da população apresentado na Introdução contribui para uma série de reflexões e mudanças na

forma como a sociedade e o governo lidam com o fenômeno. Os impactos do processo de envelhecimento populacional estão refletidos nos recentes debates sobre previdência, políticas de prevenção de doenças e de incentivos de natalidade, entre outras ações também da Promoção da Saúde.

1. Aspectos do envelhecimento

1.1 - Econômico

Dentre os diversos setores afetados pelo processo de envelhecimento, o “econômico” aparece com certo destaque. Kalache (2015), por exemplo, chama a atenção para o desafio econômico da longevidade brasileira apontando a diferença da velocidade do envelhecimento nos países em desenvolvimento com as nações desenvolvidas. Para Felix (2007), o Brasil envelheceu antes de enriquecer e comenta que enquanto um país como a França levou 115 anos para acomodar um contingente de 14% de idosos na população, o Brasil se desafia, sem recursos e tempo, em ter seu processo de acomodação do mesmo contingente, acelerado, em apenas 19 anos.

Felix (2007) também nos lembra da importância dessa faixa populacional para as atividades comerciais do país. “*Os baby boomers*”³ têm um enorme patrimônio acumulado, o que levou o comércio a desenvolver linhas de produtos exclusivos para eles (WILLETTS, 2010). Nos Estados Unidos e na Europa, o mercado de carros de luxo é dominado pelos consumidores com mais de 50 anos, já que eles podem gastar em itens considerados supérfluos pelas outras gerações e movimentam a indústria do turismo, por possuírem dinheiro e mais tempo livre.

Em paralelo, vale lembrar que a maioria da população idosa brasileira depende da aposentadoria do INSS⁴ — e que hoje, 10 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, vivem com cerca de R\$ 850,00 mensais. Esses valores contribuem para que o idoso provenha algumas necessidades de sua família, como comida, remédios, habitação e despesas sanitárias como água e luz, e em alguns casos a educação dos netos. Mesmo diante dessa realidade econômica da maioria, o padrão de consumo do idoso no Brasil também mudou.

³ São aqueles nascidos entre 1946 e 1964 na Europa (especialmente Grã Bretanha e França), Estados Unidos, Canadá ou Austrália (WILLETTS, 2010).

⁴ Instituto Nacional do Seguro Social

Uma simples visita ao teatro e a outras atrações culturais ou turísticas, nos mostra que a plateia é composta por muitas pessoas que apresentam sinais de envelhecimento como cabelos brancos, andar lentificado e postura acentuada, mas esse nicho de mercado, o de produtos culturais, atinge uma fatia pequena da população idosa do país. Ainda é o mercado de produtos e serviços que apresenta uma participação de consumo mais efetiva por parte dessa população, como o mercado de medicamentos e de serviços de saúde.

No que se refere ainda ao peso dos aposentados na economia local, Maia e Kalache (2015) afirmam que embora o valor venal desse montante seja pouco, o papel econômico desse dinheiro é enorme, e salienta ainda que no Brasil, cerca de 2.000 municípios vivem dessa renda — pois se trata do único valor garantido e oficial todo mês para alimentar a economia local constituída por atividades informais. Em uma nova constituição familiar, estamos vendo surgir a expressão “*geração nem-nem*”, que é constituída por jovens que *nem* trabalham *nem* estudam e se escoram no idoso como provedor das necessidades básicas. Sem dúvida, essas situações contribuem para os casos de exploração, violência e de descaso que vemos hoje (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE, 2008).

1.1.1 - A Participação do Idoso na Renda da Família e Previdência

A partir da década de 90, os idosos tornaram-se responsáveis por uma contribuição importante na renda das famílias (CAMARANO, 2001). Com base nesse cenário, podemos prever um intenso crescimento da participação de idosos na População Economicamente Ativa (PEA) e consideramos que a essa altura, a população idosa está crescendo a uma taxa anual estimada em 3,6% a.a. Os dados apontam para a necessidade de geração de novos postos de empregos, uma vez que esse grupo ativo tende a engrossar o mercado de trabalho. Há um incremento de aproximadamente 300 mil idosos/ano à PEA de 60 anos ou mais. Camarano (2001, p 478), na publicação “Os idosos no mercado de trabalho: Tendências e Consequências” defende que:

Em função do crescimento inexorável do peso relativo de idosos no mercado de trabalho brasileiro, enfatiza-se, uma vez mais, a necessidade, até o momento negligenciada, de adequar um número expressivo de novos postos de trabalho no Brasil à absorção de um contingente crescente de mão-de-obra idosa, com níveis de escolaridade inferiores ao da média populacional, de qualificação muitas vezes defasada, de difícil reciclagem, mas aproveitando-se, em contrapartida, as vantagens comparativas oferecidas pela maturidade.

Outro ponto de discussão sobre o impacto econômico da população idosa se dá no âmbito da previdência e da aposentadoria. Em 2010, os jovens de 0 a 19 anos representavam 67 milhões de pessoas (34,3% da população brasileira), enquanto os idosos – de 60 anos e mais – eram 20 milhões de pessoas e representavam apenas 10% da população total brasileira. Segundo as projeções do IBGE (revisão 2013), em meio século a reviravolta será incrível. Em 2060, os jovens de 0 a 19 anos serão apenas 39 milhões de pessoas, devendo representar 17,8% da população brasileira. Os idosos serão 74 milhões de pessoas e representarão 33,7% da população total brasileira. Evidentemente, essa mudança demográfica vai gerar grande impacto na previdência social, por isso, compreende-se a tentativa governamental em propor políticas de revisão do sistema previdenciário. Atualmente, o gasto previdenciário do setor privado é de 7% do Produto Interno Bruto (PIB), e o do setor público, de 4,3% do PIB. Há também o benefício não contributivo para idosos de 0,7% do PIB. O gasto total somado representa 12% do PIB. Proporcionalmente, a despesa previdenciária no Brasil é maior do que em outros países do mundo e se o ritmo atual for mantido, o gasto previdenciário atingirá a proporção de 1/3 do PIB brasileiro em 2060 (IBGE, 2010a). Mudanças significativas no sistema passam por decisões políticas e econômicas que podem afetar a vida de milhões de pessoas.

1.1.2 - Gastos do SUS com Envelhecimento

Além do impacto da aposentadoria e previdência, temos também o impacto com os gastos públicos de serviços, em especial os ligados à saúde em vários países do mundo (HAGIST; KOTLIKOFF, 2005). O consumo de cuidados com a saúde não é uniformemente distribuído ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. A curva de custo médio em função da idade apresenta um formato de “U”, sendo mais alto entre as crianças e idosos e menor para a população jovem. Normalmente, a taxa de utilização dos serviços de saúde é mais elevada para os indivíduos com idade superior a 65 anos (RICHARDSON, 1999; TIM MILLER, 2000).

O maior gasto com serviços de saúde entre os idosos está associado ao perfil de morbidade desse grupo populacional, caracterizado pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. O tratamento dessas doenças requer a utilização de serviços de maior complexidade (BILGEL; TRAN, 2013). Na literatura internacional Keehan et al. (2004), a partir de um estudo realizado para a população americana em 1999, os autores

observaram que as pessoas com 65 anos ou mais respondiam por 13% da população total e consumiam 36% das despesas com cuidados de saúde pessoal. Essa despesa totalizava 387 bilhões de dólares ou U\$11.089 *per capita*, quase quatro vezes o gasto com a saúde da população com menos de 65 anos - U\$2.793. Isso se repete em outros países como Itália, Espanha, Holanda e Suíça, onde se observa que indivíduos com mais de 65 anos demandam de maiores assistências e consomem mais recursos dos sistemas de saúde.

Spillman (2004) acredita que se o envelhecimento populacional for acompanhado de uma grande melhora nas condições de saúde dos idosos, o impacto do envelhecimento nos custos deverá ser moderado. Esse resultado seria observado uma vez que os gastos com saúde são menores para indivíduos que têm acesso à prevenção, mesmo que sejam muito idosos. Hoje, há evidências empíricas que demonstram que os gastos com a saúde são maiores nos cuidados com a proximidade da morte (independente de faixa etária ou circunstância) do que com o avanço da idade. Portanto, o prolongamento da vida pode se traduzir em impactos econômicos positivos para o setor de saúde. Seshamani e Gray (2002) indicam que é justamente esse o caso da Inglaterra, que apresenta quedas no custo *per capita* com saúde para os idosos, enquanto os demais grupos etários experimentaram aumentos do custo com saúde. Uma possível explicação para essa redução deve-se ao fato das aplicações das práticas preventivas. Os pesquisadores defendem ainda que a prevenção, o retardamento de doenças, de fragilidades e a manutenção da saúde podem gerar um envelhecimento mais saudável, com menor necessidade de internação e utilização de serviços hospitalares. Com relação a esse aspecto, Mattos (2012) comenta os dados da Agência Brasil em São Paulo, dizendo:

Os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência ambulatorial – como consultas e exames diagnósticos – e internação hospitalar podem atingir em 2030, R\$ 63,5 bilhões, uma elevação de quase 149% em relação aos R\$ 25,5 bilhões gastos em 2010.

Uma estimativa divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)⁵ foi baseada no aumento e no envelhecimento da população brasileira, pois com o consequente crescimento na utilização do sistema de saúde e nos gastos de atendimento assinala que as despesas com internação de idosos, por exemplo, poderão atingir R\$ 14,3 bilhões em 2030, valor 4,7 vezes superior ao registrado em 2010. O documento continua:

⁵ O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que sirvam de embasamento para implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar.

Apenas com o impacto do aumento e envelhecimento da população, os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares seriam de R\$ 35,8 bilhões em 2030. Considerando, ainda, o crescimento das taxas de utilização do SUS e dos gastos médios por atendimento, projeta-se o cenário mais realista, no qual as despesas atingirão R\$ 63,5 bilhões.

Segundo Bocchini (2012), o trecho do relatório do IESS questiona se o país terá orçamento suficiente para arcar com as despesas da saúde, pois com o crescimento do PIB de 2% ao ano, o orçamento do SUS, segundo o instituto, será de R\$ 37,9 bilhões em 2030, e mesmo que o cenário fosse otimista prevendo crescimento do PIB de 4% ao ano, o orçamento do SUS ficaria em R\$ 56 bilhões, o que ainda é inferior aos R\$ 63,5 bilhões estimados para as despesas hospitalares e ambulatoriais⁶. Contudo, se considerarmos a baixa taxa de crescimento econômico e até mesmo a recessão que sofremos nos anos de 2015 e 2016, essa estimativa se agravará ainda mais, o que poderá antecipar tal realidade preocupante.

1.1.3- O Custo das Tecnologias

Reis (2013) refere-se à tecnologia como fator onerante para os gastos em saúde, elevando custos porque o sistema de saúde vem fornecendo mais e melhores serviços aos pacientes, como novas drogas e procedimentos dispendiosos. Porém, as inovações tecnológicas podem gerar maneiras menos onerosas de propiciar serviços de saúde, como na descoberta de novas técnicas para prevenção de doenças cardíacas, ou desenvolver um tratamento novo e mais barato. No entanto, a perspectiva destacada pelos autores Hogan, Seamus e Hogan (2002), no setor de saúde, é o surgimento de tratamentos e procedimentos inovadores mais dispendiosos que elevam o custo das despesas com saúde. Assim, a incorporação de novas tecnologias no setor de saúde apresenta um caráter complexo e conflitante, já que promete a redução de custos ao mesmo tempo em que contribui para o aumento dos gastos, criando novos nichos e mercado (SANTOS, 2010). As tecnologias em saúde, em geral são acumulativas e não substitutivas, ampliando com isso as alternativas tecnológicas que são utilizadas conjuntamente no setor (HALL; KHAN, 2002).

⁶ A assistência ambulatorial compreende procedimentos realizados por profissionais de saúde no âmbito do ambulatório, sem necessidade de internação hospitalar, como consultas, exames diagnósticos, terapias e procedimentos clínicos e cirúrgicos (BOCCHINI, 2012).

1.2- Alterações do Envelhecimento

Em seu livro, Zimmerman (2000) define que o envelhecimento é um processo em que o indivíduo sofre alterações físicas, psicológicas e sociais e, segundo a autora:

Tais alterações são naturais e de estilos de vida adotados. É importante salientar que essas transformações são gerais podendo se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, o modo de vida de cada um. {ZIMMERMAN 2000, p.21}

Igualmente, é possível afirmar que as alterações atribuídas ao processo de envelhecimento jamais devem ser consideradas idênticas para todos, pois uma série de fatores pode influenciar tais quais: idade cronológica, idade social, idade biológica, idade psicológica e estilo de vida. Cabe aqui uma definição de cada uma dessas “idades” listadas.

A **idade cronológica** é definida pela idade “real”, definida por uma data que é considerada como a do nascimento. Para Costa (1998, p32), “é aquela que consta a partir da nossa certidão de nascimento e que não pode ser negada”.

Na **idade social**, a sociedade é quem define ou classifica o seu envelhecimento, pois é na idade social que se acentua a disparidade entre a idade que o idoso tem e aquilo que ele é ou representa. Generalizam-se as competências do mesmo incutindo uma estereotipagem indevida, negligenciando a ideia de que todos os idosos apresentam um processo de envelhecimento individual. Dessa forma, Paul e Fonseca (2005) defendem que o processo de envelhecimento é interindividual, se dá na relação entre os indivíduos muito embora cada um tenha o seu tempo. Frases como “você não se aposentou ainda?” ou “você está velho para fazer isso” indicam essa visão social sobre o que é ser idoso.

Para Fontaine (2000, p.23) o termo **idade biológica** está ligado ao envelhecimento orgânico e às modificações dos órgãos que diminuem o seu funcionamento durante a vida.

A **idade psicológica** apresenta uma conceituação de difícil definição, decorrente da autoavaliação do próprio indivíduo sobre o seu estado, suas capacidades e sobre o seu modo de vida. Para a médica psiquiatra Costa (1998, p33):

A idade pessoal é, portanto, aquela que a própria pessoa determina que o seu “espírito sente”, em que a sensação de “estar” com uma determinada idade é mais forte do que qualquer ruga na face. Dessa forma, não existe a avaliação ou impressão do outro, ou seja, nessa situação ela não é

revelada. É o indivíduo que determina a sua idade em função daquilo que sente anteriormente.

Compreendendo que são inúmeras as alterações que podem ocorrer no organismo do indivíduo que sofre o processo de envelhecimento, e que não é do escopo dessa dissertação listá-las, lembramos apenas que, segundo Swift (2006), a diminuição da qualidade das informações proprioceptivas ocasionadas pelo envelhecimento podem ter grande influência sobre o controle postural, aumentando a suscetibilidade às quedas. Nesse contexto, a instabilidade postural, caracterizada pela perceptível dificuldade de equilíbrio do idoso, reveste-se de especial importância por estar diretamente relacionada à incidência de quedas e ao potencial de causar dependência. Assim, independente da “idade psicológica”, percebe-se que algumas alterações fisiológicas e cognitivas são comuns a toda população.

Mirelman *et al* (2013) apontam que muitas alterações no padrão de marcha ocorrem com o envelhecimento e essas alterações são multifatoriais, por isso não são totalmente esclarecidas na literatura (FARINATTI ; LOPES, 2004). Em linhas gerais, e de acordo com Maciel e Guerra (2005), o controle do equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre de forma eficaz pela ação funcional, principalmente, dos sistemas visual, vestibular e somato-sensorial. O ato de caminhar é por si multissensorial (BERTHOZ, 2002). Esses sistemas são alterados com o envelhecimento e várias etapas do controle postural podem ser anuladas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um aumento de instabilidade.

Para manter uma postura ereta é necessário um conjunto de fatores: ação muscular anti-gravitacional, propriocepção, informações visuais e do sistema vestibular, e a integração de todos eles no sistema nervoso central. O processo de envelhecimento evidencia mudanças que acontecem em diferentes níveis (TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2005). Os idosos apresentam dificuldade na realização de movimentos de balanço, indispensáveis para o equilíbrio (CARVALHO FILHO & NETTO, 2005).

Na interpretação da etiologia das incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento, Mastrandéia (2008) reforça a ideia que podemos encontrar a sarcopenia⁷ e a perda de força muscular, o que gera maior inatividade e leva à diminuição ainda maior da

⁷ Sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela progressiva perda generalizada de massa muscular esquelética e da força, com um risco de resultados adversos, tais como deficiência física, má qualidade de vida e morte (DELMONICO *et al*, 2007).

capacidade funcional do idoso. Silva *et al* (2011) alertam para o fato de que a redução da força muscular pode ocasionar a diminuição da velocidade da marcha e que pode estar associada a uma compensação para assegurar a estabilidade.

Com a presença de tais fatores predisponentes, aumenta-se a probabilidade de eventos como escorregões, tropeços, trombadas, erros no passo, constituindo risco para os idosos ativos. Ao realizar um estudo, Gervasio *et al* (2012) compararam a marcha de oito mulheres adultas, com idade entre 25 e 40 anos, e oito idosas, de 60 a 75 anos, e verificaram que a marcha das idosas apresentou menor velocidade e cadência, levando a um maior tempo de apoio; menor amplitude de movimento de tornozelo, principalmente em flexão plantar, que interfere no impulso da marcha. O estudo mostrou também maior lentidão nos movimentos de quadril, joelho e tornozelo, aumentando o ciclo da marcha e tais achados modificam a mobilidade do idoso, predispondo-o à queda.

As várias alterações fisiológicas que ocorrem com a senescência, apresentam-se com velocidades variáveis e mais ou menos acentuadas, de acordo com as características pessoais de cada indivíduo. A principal alteração é a diminuição progressiva da capacidade funcional do idoso em viver de forma independente em seu meio (COSTA, & MONEGO, 2003).

Tais alterações progressivas no organismo tornam o idoso mais suscetível, inclusive à queda, que pode estar relacionada à instabilidade postural e a alterações do Sistema Sensorial e Motor (GUIMARÃES *et al.*, 2004). Com o avançar da idade, os passos se tornam mais curtos e lentos e o tronco tende a se projetar para frente para proporcionar estabilidade, mas, em contrapartida, pode interferir nas reações automáticas de equilíbrio (NETTO, 2002). Guimarães *et al* (2004) lembram ainda sobre o medo e memória da queda, e ponderam que estes constituem fatores altamente limitantes à independência funcional do idoso. A queda pode gerar ainda impacto negativo sobre a mobilidade dos indivíduos, além de ansiedade, depressão e medo de cair outra vez, o que acaba por aumentar o risco de nova queda (BOUSHON *et al.*, 2012).

Para Assis e Araújo (2004), as mudanças fisiológicas do envelhecimento, combinadas com a inatividade física, ocasionam processos patológicos que podem levar o idoso a uma perda progressiva de autonomia e de independência, condicionando a ele um confinamento dentro do próprio domicílio.

Assim, o envelhecimento é um processo, intrínseco a todos os seres humanos e pode ser representado, na maioria das vezes, pela depreciação da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade associada às inúmeras alterações que repercutem diretamente na mobilidade, autonomia e saúde dessa população. A competência do idoso em realizar suas tarefas diárias de forma autônoma, tende a reduzir com o advento da idade, resultado das alterações produzidas em todos os órgãos e sistemas biológicos, influenciando também nas disposições dos relacionamentos sociais, emocionais e ambientais.

1.2.1 - Alterações Biológicas do Envelhecimento

Para De Vitta (2000), algumas alterações biológicas do organismo resultam naturalmente do envelhecimento normal. Lembra-nos Netto (2002), que o envelhecimento biológico é universal, sendo comum a todos os seres vivos. Dentre as principais alterações biológicas, comentaremos a seguir, mais especificamente sobre as alterações do sistema cardiovascular e respiratório, musculoesquelético e nervoso, e também sobre os aspectos psicológicos e sociais:

1.2.1.1. *Sistema Cardiovascular e Respiratório*

Estudos de Hogan (2005) e Jani & Rajkumar (2006) asseguram que algumas alterações biológicas no sistema cardiovascular do idoso são esperadas com o envelhecimento. De Vitta (2000) completa essa afirmação dizendo que isso ocorre em virtude de uma alteração na função cardíaca relacionada à diminuição da frequência e da intensidade dos batimentos cardíacos em repouso, do aumento do colesterol e da diminuição da resistência vascular, causando o aumento da tensão arterial. Apesar de tais considerações, Hayflick (1996) derruba alguns mitos sobre o envelhecimento afirmando que o coração do idoso, quando não acometido por doenças, funciona de forma regular se comparado ao de um indivíduo mais jovem, ou seja, para ele não há indícios de declínio funcional cardíaco com o aumento da idade.

Gorzoni e Russo (2002), no livro “Tratado de Gerontologia”, pactuam da opinião anterior de Hayflick (1996) com referência ao sistema cardiovascular, mas defendem que,

os idosos saudáveis, sem problemas na vida diária, podem apresentar apenas as alterações funcionais do aparelho respiratório, decorrentes do processo natural de envelhecimento como: redução da complacência da parede torácica; a diminuição da força dos músculos respiratórios; da capacidade vital; da pressão arterial de oxigênio; da taxa de fluxo expiratório; da difusão pulmonar de CO². Os autores lembram também que a sensibilidade respiratória à hipóxia faz crescer a complacência pulmonar; aumentam os volumes residuais; exacerbam o gradiente artério-alveolar de O² (oxigênio) e mantêm (manutenção) a capacidade pulmonar total.

1.2.1.2. Envelhecimento Músculo-Esquelético e do Sistema Nervoso

Hayflick (1996) aponta que a força muscular nas mãos, que aumenta até os 30 anos, diminui rapidamente aos 40 anos e que após os 65 anos, ocorre uma redução na força dos músculos das costas e do antebraço. Autores como Hepple (2003), defendem que associado ao envelhecimento muscular, se instaura um processo de perda da massa muscular denominado Sarcopenia, e tem seu início caracterizado a partir dos 50 anos de idade com incidência marcante na população feminina.

No relato de De Vitta (2000) sobre o envelhecimento, no que diz respeito ao Sistema Nervoso Central (SNC), são apresentadas as reduções no número de neurônios, na velocidade de condução nervosa, da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenações. Já no entendimento de Cançado e Horta (2002), o SNC é o sistema biológico mais comprometido nessa fase devido a sua incapacidade regeneradora, tornando-se inapto à reparação de funções perdidas com o envelhecimento.

1.2.2. Envelhecimento Psicológico e Social

Zimmerman (2000) determina ao escrever sobre o assunto, que ao envelhecer, o indivíduo pode apresentar alterações emocionais originárias de mudanças psicológicas, provocadas pelo enigma das adaptações aos novos papéis sociais, e a cada idade a sociedade impõe funções (estudante, marido, trabalhador, velho, aposentado, inativo etc.) que o indivíduo deve desempenhar, ao longo da vida. Enquanto Motta (2004) assegura que o envelhecimento é reflexo de inter-relações sociais e individuais, procedentes das

educações, trabalho e experiência de vida. Na visão de Assis (2004), o envelhecimento e suas alterações restringem a mobilidade e a independência do idoso, prejudicando não só a sua sociabilidade, mas também as atividades diárias e o bem-estar, dificultando ao idoso sua inserção social. Em conformidade ao tema, Araújo (2011) destaca que quando o processo de envelhecer é aceito como um êxito, os aproveitamentos da competência, da experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos são aceitos com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.

Dentre os elementos que afetam sua condição psicológica e de inserção, está a sua condição de moradia e dependência familiar. Muitos desses indivíduos, e por diversas razões buscam, apesar das alterações do envelhecimento, dos riscos e da necessidade de ajuda, a formatação de uma nova modalidade de moradia, a residência unipessoal. No próximo capítulo, focaremos no risco e nos fatores de quedas sofridos pelos idosos no ambiente doméstico e na configuração da residência unipessoal.

CAPÍTULO II: RESIDÊNCIA UNIPESSOAL E AS QUEDAS

Dentre os aspectos citados como essenciais para o envelhecimento está a qualidade do ambiente no qual o idoso reside. Para esses indivíduos, envelhecer em um ambiente conhecido é um fator que garante bem estar e gera satisfação e contentamento. Lima (2011) nos fala que retirar os idosos de seu ambiente residencial pode causar prejuízos, tais quais: diminuição da autonomia e independência e aumento da incidência de sintomas depressivos. Com o avanço da idade, o ambiente assume uma importância cada vez maior em relação ao bem estar da pessoa que o utiliza. É um fato que as necessidades humanas mudam com o tempo e as edificações, não são preparadas para suprir essas mudanças, o que expõe o idoso a riscos (BARROS, 2000). Segundo IBGE (2007), há um crescimento no número e na proporção de idosos vivendo em domicílios unipessoais, dessa forma, a residência deve ser planejada de modo a minimizar os riscos de acidentes domiciliares, ofertando segurança, conforto, independência e qualidade de vida aos idosos.

Seria presunçoso de nossa parte descrever um modelo ideal de residência unipessoal, uma vez que cada indivíduo tem um perfil definido do que seria uma residência ideal, dentro de suas aspirações e desejos. Os aspectos físicos da casa, seu espaço arquitetural, somam-se aos aspectos emocionais, as experiências e as histórias vividas naquele lugar. Por isso, temos na língua portuguesa, as palavras casa, lar e residência que, embora compartilhem do mesmo universo semântico, destacam diferentes visões sobre o lar⁸. Nossa pesquisa não tem a intenção de entrar nos detalhes dessas diferenças e usamos aqui o termo residência⁹ para se referir as diferentes configurações do espaço onde podemos observar que o indivíduo reside.

Observamos que as configurações espaciais, os arranjos de móveis, as diferenças de alturas e qualidades dos pisos são fatores de riscos para o indivíduo e diversos pesquisadores, como Barros (2000, 2011), relacionam alguns itens que podem ser considerados necessários para o diagnóstico de um ambiente seguro para o idoso. Dentre as recomendações ergonômicas para ambientes seguros nas residências de idosos, são citados:

1. Os dormitórios, onde em geral se realizam atividades como: dormir, descansar, ver televisão, ler, escrever, escolher a vestimenta, devem ser amplos, arejados, bem-iluminados, confortáveis e dispor de janelas que se

⁸ **Lar**, segundo o dicionário Michaelis, remete a casa onde se habita uma família, domicílio, habitação e está intimamente associada com a sensação de segurança, conforto, pertença e calma. <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=lar>

⁹ **Residência** segundo dicionários Michaelis é: Morada habitual em determinado local. <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=lar>

voltem à vistas interessantes como forma de estímulos positivos, pois o contato com o exterior pode influenciar de forma positiva o estado emocional do indivíduo.

2. Banheiro é um dos locais onde se registram os mais altos índices de acidentes, principalmente na área molhada, portanto deve ser equipado com barras de apoio e tapetes com ventosas, de modo a evitar escorregões, o piso deve ser antiderrapante e a altura do divibox¹⁰ não deve ser maior que 1,5 cm a fim de evitar tropeções.
3. As cozinhas são espaços que se mostram demasiadamente perigosos para os idosos, pois apresentam áreas molhadas e em geral piso liso. Apresentam, portanto vários riscos de acidentes, por tratar-se de idosos ativos que moram sozinhos no formato das residências unipessoais, eles exercem a função da cocção de suas refeições, e evidentemente estão expostos ao risco de queimaduras, que são frequentes nessa população devido à falta de firmeza nas mãos provocada pelas alterações neuromusculares, e à falta de atenção pelo déficit cognitivo. O uso de tapetes espalhados nesse espaço, e o hábito de subir em bancos para alcançar produtos e utensílios que estão localizados em armários altos aumentam o risco de quedas.

Quevedo (2002), em sua tese, nos lembra de que se deve considerar a facilidade de manejo e operacionalidade das janelas, a fim de proporcionar iluminação, ventilação e facilitar a visualização no interior da residência.

É fato que as diferentes histórias de vida, lançam o idoso para a situação da moradia unipessoal. O que nos coube para reflexão nesta dissertação foi: Quais estratégias são tomadas por um idoso que lhe permite morar sozinho com qualidade? Como é estruturada a sua rede de apoio? Para viver sozinho, ele tem um estilo de vida adequado que possa lhe conferir um bom estado de saúde? Sabemos, no entanto que as dificuldades físicas, financeiras e até mesmo afetivas surgem nessa fase da vida, o que pode comprometer sua qualidade de vida.

A opção atual das famílias em reduzir no número de filhos e o aumento da longevidade, pôde contribuir para uma crescente formação de residências unipessoais, formadas por idosos decorrentes desse arranjo. Essa situação, agregada à realidade de ser

¹⁰ Refere-se à diferença de altura entre o piso do banheiro com o box (um nível diferenciado para a área seca e molhada do banheiro).

idoso, revela comportamentos, ações e desejos interligados na relação entre indivíduo e ambiente, ou seja, entre o idoso e sua moradia. Essa relação vai representar a expressão de sua identidade, com as suas marcas significativas e pessoais, para a construção de seu meio de proteção e de bem-estar, um espaço próprio sob seu domínio e controle.

Em seu livro “Residência: pequena história de uma ideia”, o autor Rybczynski, (2002) faz um relato histórico-antropológico sobre a habitação e a função da residência ao longo dos séculos, descrevendo os ambientes, móveis, objetos e o significado do conforto a eles atrelado. Ele defende que:

A residência representa o nosso lugar no mundo, pois Nela, guardamos nossa intimidade, e por mais simples que ela pareça aos nossos olhos, é a mais bela, guardamos nossos tesouros e nossa intimidade e é um lugar que permite interligar pensamentos, lembranças, sonhos e devaneios. { Rybczynski 2002 p.111}.

O Estatuto do Idoso (2003), em seu artigo 37, também garante que: “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda em instituição pública ou privada”.

Nesse contexto, morar sozinho, não tem necessariamente, correlação com o idoso viver isolado e sem apoio. Segundo Monte de Oca (2003), o fato dos idosos não residirem com as famílias no mesmo domicílio, não os isentam de receberem apoio e fazerem parte do sistema de intercâmbio entre os membros da família. A universalização da Seguridade Social, as melhorias nas condições de saúde, nas tecnologias, tanto médicas, quanto assistiva, nos meios de comunicação, de locomoção, tais como os elevadores e os automóveis, e as normas de acessibilidade podem oferecer a possibilidade de que viver sozinho, para os idosos, represente, na realidade, uma forma mais inovadora e bem-sucedida de envelhecimento do que necessariamente abandono, descaso e/ou solidão (DEBERT, 1999).

Para Camargos (2007), morar sozinho pode ser o resultado de diferentes situações, como: desenlaces, perda do par, inexistência de filhos, falecimento dos cônjuges ou, ainda, um exercício autônomo e independente da vontade daqueles que são providos de recursos para o próprio sustento. Ao elencar os motivos que levam os idosos a morarem sozinhos vimos que fatores como as condições socioeconômicas e a situação de saúde determinam a escolha dos idosos por residências unipessoais, e que afirmam haver mais vantagens do que desvantagens. Morar só representa uma importante conquista de bem

estar, liberdade e autonomia, um marco pessoal de independência na vida. Promovendo cada vez mais uma atitude de reinvenção pessoal, uma opção por qualidade de vida e autossuficiência de homens e mulheres, que sinalizam para uma mudança na qual a sociedade vem sofrendo ao longo dos séculos e junto a ela, a transformação na maneira como as pessoas se comportam com relação às suas moradias.

Para Ramos e Menezes (2010), a constituição de domicílio unipessoal é influenciada pela autonomia e condição geral de saúde do idoso. A escassez de estudos a respeito do assunto é justificada por Teston e Marcon (2014), já que essa modalidade habitacional é recente no Brasil. Evans (2009) e Bernard (2011) afirmam que tal prática residencial teve início na década de 1950 com o aumento da população idosa internacional.

Em seu livro “Casa Segura – uma arquitetura para a maturidade”, Barros (2000) avalia que a qualidade de vida do idoso varia de acordo com a classe social que ocupa, pois quanto menor a classe social maior será a problemática enfrentada. Na classe mais rica, este vive despreocupado economicamente e tem condições de residir em lugares com menor risco de acidentes, enquanto na classe média existem problemas como viver sozinho e ter que depender de familiares para o sustento. Já nas classes mais pobres, os idosos vivem em desconforto, dividindo quartos e banheiros, aumentando as chances de não ter condições de desfrutar de uma moradia que o possibilite ter segurança, conforto e uma melhor qualidade de vida. Para Caldas (2003), o fato de o idoso morar sozinho, associado a uma baixa qualidade de vida (QV), torna-se indicador de morbidade e complicações, com incidências de mortalidade. Tal condição pode levar o idoso a vivenciar inúmeros problemas, dentre eles, as quedas.

2.1 Quedas no Ambiente Domiciliar

Por definição, a queda é caracterizada como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade (IBGE, 2010). Na opinião de Fabrício, Rodrigues, & da Costa Junior (2004), a queda é uma síndrome geriátrica. Lopes *et al.* (2007), ao discorrerem sobre a queda, os autores relatam que ela pode ser evitada se os fatores responsáveis forem eliminados do ambiente, identificando as causas, desenvolvendo medidas preventivas adequadas, adaptando

ambientes e mudando hábitos dos idosos e da família. Para Coutinho & Silva (2002), além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, as quedas, podem ainda repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.

Segundo Perracini (2009), há uma grande dificuldade em estabelecer apenas uma causa para a queda, visto que a etiologia das quedas nos idosos é, em geral, multifatorial, particularmente nos idosos frágeis. Perracini (2005) menciona que os fatores Intrínsecos estão fortemente associados com as alterações fisiológicas relacionadas à idade, e aponta alguns como: o declínio cognitivo, o uso de medicamentos (benzodiazepínicos, sedativos, tranquilizantes e polifarmácia), o distúrbio de marcha, a alteração do equilíbrio, fraqueza muscular, história de quedas anteriores, idade avançada, tontura e depressão.

Os fatores Extrínsecos, na visão de Pereira *et al* (2001) e Rebelatto & Morelli (2007), estão associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente, dentre os quais se podem citar: pisos escorregadios, encerados e molhados; ausência de corrimão. A esses fatores podem ser incluídos outros itens: assentos sanitários muito baixos; prateleiras muito altas; mesas e cadeiras instáveis; calçados inapropriados; escadarias inseguras; calçadas esburacadas (ALMEIDA, *et al.*, 2012).

Para Studensk & Wolter (2002), as quedas podem gerar graves consequências físicas e psicológicas, como lesões, hospitalizações, perda da mobilidade, restrição da atividade, diminuição da capacidade funcional, internação em Instituições de Longa Permanência e medo de cair novamente. As quedas representam a causa principal de morte acidental em pessoas idosas, assim, para amenizar os riscos, Ribeiro (2006) e Brasil (2008) preconizam que se devem eliminar obstáculos como tapetes, capachos, tacos soltos, fios elétricos estendidos pelo chão e objetos espalhados pela residência para facilitar a circulação e evitar acidente. Assim, observar, tanto fatores Intrínsecos como fatores Extrínsecos e buscar ativamente os motivos que levaram o idoso a cair é defendido como atitude fundamental, a fim de que uma intervenção apropriada seja realizada.

Segundo Schiaveto (2008) até meados da década 80, a comunidade científica defendia que a queda era considerada um evento natural e não previsível. Porém, após o ano de 1986, pesquisadores de todo o mundo contribuíram com a descrição das morbidades físicas e psicológicas associadas à queda, isso levou a maior compreensão do fenômeno, bem como de seus potenciais fatores relacionados. Pela complexidade dos acontecimentos

que circundam a queda, torna-se de fundamental importância, conhecer e identificar as situações que envolvem esse evento a fim de estabelecer medidas adequadas para sua prevenção (SILVA *et al*, 2007).

Álvares, Costa e Silva (2010), em seu estudo sobre quedas de idosos residentes em instituições de Longa Permanência verificaram maior prevalência de queda em mulheres com idade média de 77,7 anos. No estudo de Messias & Neves (2009), observou-se que os riscos ambientais mais encontrados nos domicílios dos idosos participantes foram piso escorregadio (65,5%), presença de tapetes (62,1%), presença de objetos desordenados (62,1%) e armários difíceis de alcançar (51,7%). Outros fatores também corroboram para a insegurança do idoso propiciando a queda, tais como a iluminação inadequada, interruptores inacessíveis, falta de corrimão nas escadas, degraus inadequados e sem sinalização ou sem piso antiderrapante, falta de barras de apoio no banheiro, assentos sanitários de altura inadequada, camas e cadeiras também com altura inadequada e sem apoios laterais, móveis baixos e fios.

O Ministério da Saúde, no Programa Pacto pela Vida, definiu a queda como sendo um evento de notificação compulsória aos órgãos sanitários competentes e necessita ser prevenido continuamente, tomando como uma de suas prioridades a saúde do idoso e a prevenção de quedas como evento sentinela (PAULA, 2010).

2.2 – Design Universal e Casas Inteligentes como Soluções para as Quedas

Também chamado de Design Inclusivo e Design para todos, Design Universal é a nomenclatura dada para o enfoque no design de produtos, serviços e ambientes, projetados de maneira que alcancem o maior número de pessoas. Ou seja, que esteja adaptado ao uso por diferentes tipos de pessoas, incluindo idosos (CREWS; ZAVOTKA, 2006).

O design inclusivo é aplicado na concepção dos objetos, serviços ou espaços, de forma que qualquer pessoa, independente de sua idade, habilitação ou situação física/motora/psíquica/social consiga fazer uso desse produto/serviço/ambiente sem maiores problemas ou necessidade de assistência. Para o emprego da universalidade, são pensadas diversas questões, que em projeto comum não são consideradas.

A ergonomia, a flexibilidade/adaptabilidade, usabilidade, e ainda questões políticas, tecnológicas, econômicas, antropológicas, históricas e sociais são abordadas. É necessário entender que uma pessoa cadeirante, ou então com qualquer tipo de deficiência não tem as mesmas habilidades motoras de uma pessoa sem deficiência, por exemplo. São princípios do design universal, itens como informação perceptível, uso simples e intuitivo, espaço apropriado, redução no gasto energético, tolerância ao erro. Ainda assim, podemos usar o termo “universalidade”, se referindo à arquitetura, isso acontece quando os espaços são projetados como acessíveis a todos, e ainda são adaptáveis a diferentes tipos de terreno para sua implantação.

Nessa dissertação, o conceito da arquitetura universal abriga as duas interpretações, quando o ambiente é pensado para todos (com enfoque direcionado às necessidades dos idosos) e ainda se faz um modelo, que pode ser implantado em diferentes locais e replicado em diversas condições climáticas, bem como em cenários residenciais distintos. Percebemos tal aspecto como tendência e recomendação para novos projetos residenciais, uma vez que se identifica o envelhecimento populacional como um fator irreversível, os arquitetos e designers estão projetando espaços e móveis mais seguros e confiáveis para essa parcela populacional, diminuindo, já no projeto arquitetônico os fatores de risco para as quedas e consequentemente a necessidade de adaptação futura da residência (DEMIRBILEK; DEMIRKAN, 2004; NEWELL; GREGOR, 2002).

Outra tendência que se mostra favorável à construção de ambientes mais seguros para os idosos, refere-se ao emprego de tecnologias para evitar ou identificar as quedas, é o chamado sistema *fall-detection* (detecção de quedas) (LAN *et al.*, 2009). Esse campo interdisciplinar de pesquisa congrega pesquisadores do campo da arquitetura, engenharia, da saúde e automação, para pensarem casas inteligentes, dotadas de sensores e equipamentos, que permitem, por exemplo, identificar e acionar um familiar quando o idoso cai. Sistemas *fall-detection* são uma das perspectivas apontadas na área da Domótica, ou Automação Residencial (MUBASHIR; SHAO; SEED, 2013; MULLER, 2012).

As pesquisas, no entanto, indicam soluções que ainda merecem mais validação e barateamento dos preços. São muitas vezes, soluções apontadas para residências de países mais ricos, como os nórdicos ou japoneses. Algumas delas sugerem pisos com sensores, tapetes antiderrapantes, sistemas de visão e de câmeras pela casa, sensores de pressão e de som, entre outros (BIAN; CHAU; MAGNENAT-THALMANN, 2012; GASPARRINI *et al.*, 2014; LAN *et al.*, 2009; LUŠTREK; KALUŽA, 2008). Sabemos que a realidade socioeconômica da maioria dos idosos brasileiros inviabiliza a instalação de sistemas dessa

natureza, mas pontuamos aqui essas pesquisas como uma tendência do design e da tecnologia para minimizar acidentes e criar ambientes mais seguros¹¹.

Nesse momento, cabe-nos apresentar os caminhos metodológicos vivenciados nesta dissertação, para entendermos a natureza do espaço domiciliar do idoso após esse ter sofrido queda nesse ambiente. Para realizar esta pesquisa, visitamos residências de pessoas idosas e observamos, sob uma perspectiva participante, as soluções, os rearranjos e suas percepções do espaço. Serão esses os elementos comentados nos capítulos seguintes, quando apresentamos a metodologia e a análise dos dados.

¹¹ Algumas empresas especializadas já implementam sistemas domóticos para diversas aplicações na região de Maringá, são elas: Alcamim, By System, Bonilha Tech e são provas de um mercado que cresce mundialmente.

CAPÍTULO III – CAMINHOS METODOLÓGICOS

TIPO DE PESQUISA

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa e de campo, empregando técnica de observação participante¹² própria, mas não exclusiva dos métodos etnográficos,¹³ com o objetivo inicial de analisar as alterações ambientais produzidas pelos idosos após a ocorrência das quedas no domicílio. A intenção das visitas nas casas dos idosos que já sofreram quedas era observar quais soluções foram pensadas, e se foram, para evitar ou minimizar a incidência de novas quedas. Com as alterações ambientais dadas por eles, consideramos arranjos espaciais dos objetos na residência bem como inserção/supressão de elementos no ambiente doméstico: barras de apoio, tapetes antiderrapantes, etc. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniCesumar, parecer nº 1.658.741 (ANEXO I).

A pesquisa teve natureza interdisciplinar e empregou técnica de observação participante que procurou analisar e refletir sobre soluções encontradas por indivíduos idosos na prevenção de novas quedas em domicílio, assim encontra similaridades com as pesquisas das ciências do ambiente (arquitetura e *design*). Identifica-se a interdisciplinaridade na junção entre saberes da enfermagem e *design*, com o olhar nas soluções de reorganização do espaço dado pelo idoso. Tangenciando o campo do cuidado com o idoso, da arquitetura e das ciências do espaço, a pesquisa serviu-se de metodologias cruzadas de técnicas de observação participante, de entrevistas semiestruturadas e documentação do processo em cadernos de anotação, foto e vídeo, conforme classificação de Gil (2008).

Segundo Spradley (1980), a *observação participante* permite-nos observar as atividades das pessoas, as características físicas da situação, bem como o ponto de vista social do indivíduo observado, o que proporciona tal aproximação que nos faz sentir de fato que somos parte integrante daquela realidade. Trata-se de uma técnica de eleição para o investigador já empregada e comentada por outras pesquisas no campo da saúde (POPE; MAYS, 2009a, 2009b) e na enfermagem tais quais: Correia (2009); Marcon; Elsen (2008); Lima; Almeida; Lima (1999); que visa compreender as pessoas e as suas atividades no contexto da ação, podendo reunir uma técnica de excelência que lhe permite uma análise indutiva e compreensiva. É então, realizada em contato direto, frequente e prolongado do

¹² A observação participante não é um método, mas um estilo pessoal adotado pelo pesquisador, que quando é aceito pela comunidade disponibiliza várias formas de coletas de dados sobre as pessoas observadas e seus modos de vida (ANGROSINO, 2009). Nessa dissertação, vamos nos referir à observação participante como técnica.

¹³ Pesquisa de campo e estudo descritivo de um ou de vários aspectos sociais ou culturais de um povo ou grupo social. Trata-se de um método de pesquisa qualitativo e empírico que exige um “mergulho” do pesquisador na realidade a ser estudada (observada) (BECKER, 1993).

investigador com os atores sociais nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa, e que usualmente se complementa com a entrevista semiestruturada ou livre.

Para a sua utilização como procedimento científico, foram reunidos critérios como: responder a objetivos prévios, ser planejada de modo sistemático, ser sujeita a validação, verificação, precisão e controle. A técnica tem suas bases colocadas por William Foote Whyte (2005) que comentou que: “... a observação participante implica saber ouvir, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, bem como quais perguntas fazer na hora certa” (p. 303). O autor declara que as entrevistas formais são muitas vezes desnecessárias, devendo a coleta de informações não se restringir a isso, “com o tempo os dados podem vir ao pesquisador, sem que ele faça qualquer esforço para obtê-los” p.304.

William Whyte, no entanto, empregou a técnica da observação participante para observar grupos de jovens, alguns delinquentes, da região de *North End* em Boston na década de 50. Em seu método de observação, Whyte se integrou aos grupos, participou de reuniões, visitou e conviveu por um tempo com o grupo observado. Embora a intensidade de nossa observação com os idosos não tenha sido tão profunda, se comparada ao nível alcançado pelo pesquisador norte-americano, uma vez que este morou na comunidade observada, a coleta dos dados se iniciava no momento da primeira abordagem com os idosos e não apenas com os instrumentos técnicos ligados: câmera e gravador de voz.

Em geral, usam-se métodos etnográficos para estudar questões ou comportamentos sociais que ainda não são claramente compreendidos, assim os métodos etnográficos ajudam, segundo Angrosino (2009), a “tomar pé da situação”, antes de centrar em questões específicas com medidas estatísticas mais precisas.

3.1 - PÚBLICO

Neste estudo, foi preciso realizar visitas programadas às residências de um grupo de indivíduos previamente selecionados e que atendiam aos requisitos necessários para a participação na pesquisa, que eram: ser residente na cidade de Maringá, possuir mais de 65 anos e ter sofrido queda no ambiente doméstico. Para a definição da amostra foram adotados critérios cronológicos definidos pelo OMS que estipula o limite mínimo etário da

terceira idade em 65 anos. Considerando que o *lôcus* da pesquisa é no município brasileiro de Maringá, também seguiu-se os dados do SIAB (julho/2009), que considera como idoso o indivíduo, tanto homem como mulher, acima de 65 anos. Outros critérios de inclusão foram: morar sozinho e já ter caído no domicílio nos últimos cinco anos (de 2011 até agosto de 2016) e como critério de exclusão ter idade inferior a 65 anos, morar com alguém ou receber visitas sistemáticas de cuidadores enfermeiros ou alguém que participe das atividades de vida diária.

3.2 – DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

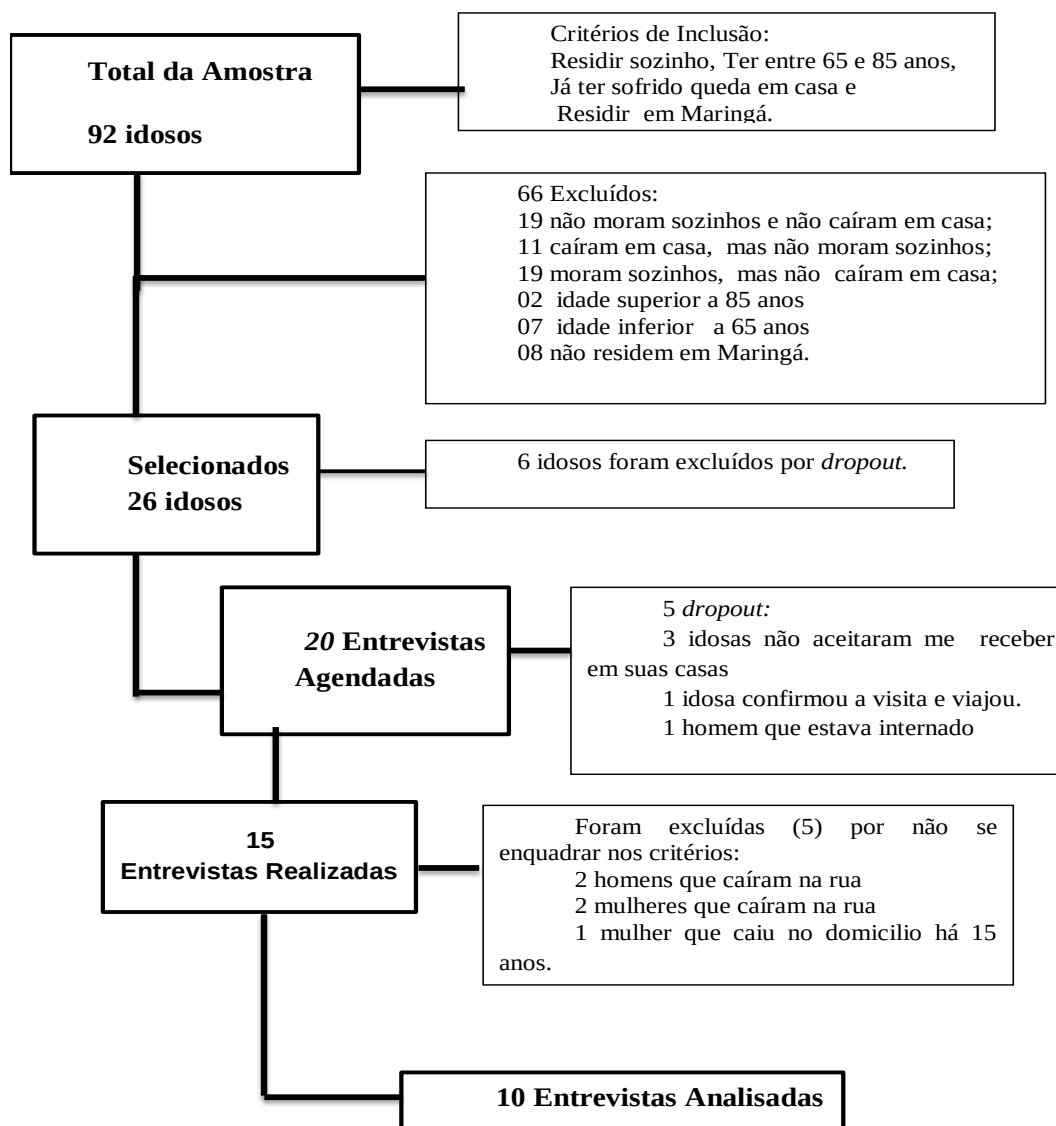
A triagem para a seleção da população do estudo foi composta por uma lista inicial de 92 idosos, com idade entre 65 e 85 anos, de ambos os sexos, que residem em domicílios unipessoais no município de Maringá – PR. A escolha pela cidade de Maringá, se justifica pelo fato de ser a sede do Programa de Mestrado e residência do pesquisador, o que confere certa familiaridade com o estilo de vida e com as características da população idosa local. A opção mostrou-se apropriada por trata-se de uma população que nasceu e cresceu em um tempo, em que a família era a responsável direta pelo bem-estar de seus idosos e hoje se vê frente a uma mudança social que fomenta uma transformação, imposta pela redução do tamanho das famílias, aumento da longevidade, e pela difusão de um modo de vida que aponta para a crescente formação das residências unipessoais.

Para selecionar possíveis participantes, foram feitos contatos com grupos de idosos que frequentam espaços públicos de convivência como praças e clubes, onde eles buscam como divertimento a dança. Além desse público, sugeriu-se aos próprios entrevistados que apresentassem pessoas, que não participavam dessas atividades, mas que fizessem parte de suas redes de conhecidos, assim, foram selecionados idosos residentes em bairros distintos da cidade de Maringá.

A triagem da amostra foi realizada entre 03 e 09/08/2016 e o primeiro contato com os possíveis participantes da pesquisa foi feito por meio de um encontro realizado para que os envolvidos se conhecessem, o idoso foi abordado e respondia a uma tabela simples preenchida pelo próprio pesquisador na qual registrava o nome, endereço, telefone para contato e duas questões primordiais: a) Você mora sozinho? b) Você já caiu em sua residência?

Após listar um total de 92 idosos, entre os dias 10/08 e 12/08, realizou-se uma compilação dos questionários de triagem, identificamos nesses 92, o número de 26 idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão e foram selecionados conforme diagrama 01:

Diagrama 01: Processo de seleção da Amostra até as entrevistas finais



3.3 – COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados individualmente, por meio de entrevista semiestruturada aliada à técnica da observação participante, utilizando roteiro impresso contendo questões abertas e fechadas sobre: identificação pessoal, situação socioeconômica, condições de moradia, ocorrência de quedas e situação ambiental. Foram utilizados recursos de documentação audiovisual com autorização dos pesquisados, tendo

uma entrevistada se recusado a ter sua imagem gravada, mas concedeu a autorização para a gravação da voz¹⁴. A frequência das visitas foi condicionada ao grau de receptividade e disponibilidade de tempo, respeitando a esfera íntima e privada do indivíduo na colaboração com a pesquisa. Anterior à fase de coleta de dados, foi realizada uma entrevista teste com um indivíduo, escolhido aleatoriamente na população, para testar o questionário e estimar o tempo de resposta a fim de realizar ajustes e familiarizar o entrevistador com o roteiro. O tempo de visita que somou a aplicação dos questionários (entrevista) com a observação (passeio pela residência e conversa informal com o entrevistado) levou cerca de 2 horas e meia. As entrevistas oficiais foram realizadas na primeira quinzena de Agosto.

As questões abertas foram usadas como norteadoras, das cinco questões iniciais, muitas outras se desdobraram de acordo com a dinâmica entrevistador-entrevistado. Isso possibilitou ao participante manifestar-se sobre temas não incluídos no roteiro das entrevistas. Esse desdobramento das perguntas em novas outras é aceitável no emprego de um tipo de entrevista aberta, conforme apontado por Jorge Duarte (2006), que lembra que a entrevista é uma técnica dinâmica e flexível, útil para apreensão de uma realidade tanto para tratar de questões relacionadas ao íntimo do entrevistado, como para descrição de processos complexos nos quais ele está ou esteve envolvido. A abordagem permitiu-nos coletar uma gama de informações que facilitaram entender os caminhos ainda pouco ou não explorados em estudos que utilizaram questionários fechados e focalizaram o universo dos idosos que moram sozinhos.

No dia das entrevistas, chegamos à residência no horário marcado, munidos de material necessário¹⁵. Uma vez que se trata de uma população considerada vulnerável por residirem sozinhos, eles são aconselhados por familiares a não receber estranhos, então usamos nas entrevistas um crachá confeccionado com o nome e a marca da instituição UniCesumar para identificação.

As 15 entrevistas foram realizadas durante o período de 13 a 22/08/16, em dias e horários estabelecidos pelo entrevistado¹⁶. Alguns idosos (3), mesmo sendo fornecidas todas as informações necessárias se mostraram desconfiados sobre o estudo e se recusaram

¹⁴ Os recursos para a documentação da entrevista foram: gravadores de áudio digital (*Sony icd-px312*) e câmera digital modelo HDR CX220 da *Sony*, ambos disponibilizados pelo orientador ao entrevistador, equipamentos do Mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar, e imagens registradas por meio de câmera *Sony HandCam DCR-5X43* de propriedade do pesquisador.

¹⁵ O material da entrevista incluía: Questionário impresso, roteiro da entrevista, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (impresso em duas vias), prancheta e caneta para anotações e diário de observação, o equipamento para coleta dos dados no formato digital e relógio para marcar o tempo da entrevista.

¹⁶ Apenas uma contou com a participação do professor orientador do trabalho

a participar, o que é compreensível por se tratar de pessoas que moram sozinhas em uma cidade grande e vivenciam tempos de medo e violência. Percebemos inclusive que o fato do entrevistador ter se locomovido até as residências das entrevistas com um carro da marca Volkswagen (Fusca – ano 1977) permitiu certa familiaridade por parte de dois entrevistados (do sexo masculino) que identificados, usaram o carro como elemento de aproximação entre entrevistador e entrevistado.

Ainda assim, houve três casos de recusas. Como justificativa, as pessoas disseram que não poderiam nos receber, pois seus filhos não concordavam com a visita de um estranho em suas residências. Esse elemento torna-se uma importante característica a ser refletida, já que percebemos uma interferência dos familiares na vida cotidiana dos entrevistados que moram sozinhos.

Para marcar as entrevistas, priorizávamos que ela fosse realizada dentro da residência do indivíduo, para identificarmos com clareza o local onde ocorreu a queda. Nenhum dos entrevistados se opôs a realizá-las em suas próprias residências e geralmente ficamos localizados entre a sala de estar e a cozinha. Outra característica analisada foi o grau de satisfação que os participantes demonstraram em receber-nos em suas residências, inclusive alguns com a oferta de alimentos e cafezinhos após a realização da entrevista. Isso confirma a seguinte afirmação de Jorge Duarte (2006):

O ato da entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de informações, mas, sempre uma situação de interação, ou mesmo de influência entre dois indivíduos e que as ‘informações’ dadas pelo sujeito (o ‘material’ que ele fornece) podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (DUARTE, 2006, P.71).

Após as 15 entrevistas, percebemos que 5 deveriam ser excluídas da análise, pois novas informações foram coletadas e fizeram que esses indivíduos entrassem nos critérios de exclusão: caíram na rua ou a há mais de 5 anos. Buscou-se totalizar ao final, o número de dez idosos a partir de critérios definidos e descritos para a inclusão. O número dez atende aos interesses da pesquisa que não são quantitativos nem epidemiológicos e segue orientações de Minayo (1994) na qual considera que uma amostra ideal em pesquisa qualitativa não atende a critérios numéricos, mas são aquelas que refletem as múltiplas dimensões da totalidade. Assim, buscou-se inclusive por diversidades de gênero, na faixa etária, no tipo de residência e nos diferentes hábitos e comportamentos de vida.

Após a pesquisa de campo, iniciamos a organização e a análise do material. Os dados coletados foram transcritos, organizados com auxílio de *software Excel e Word*. Posteriormente, foram analisados empregando método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009). O método de Bardin permitiu a organização do conteúdo textual, criando-se categorizações para facilitar inferências e perceber padrões. As diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se em torno de três polos conforme indica a autora: 1) A pré-análise (quando escutamos o áudio, e visualizamos as imagens e anotações); 2) A exploração do material (quando transcrevemos as entrevistas e organizamos pastas individuais, bem como os dados em áudio, foto e vídeo); e, por fim, 3) O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009, p.121), que será comentada na seção a seguir.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS DADOS

Antes de iniciar a análise dos dados e para a sua sistematização foi utilizada a técnica de transcrição das entrevistas conforme orientado por Gibbs (2009), nessa fase, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sem correções linguísticas ou ortográficas, respeitando integralmente o discurso do entrevistado (ver Apêndice V). E, posteriormente, realizamos análise de conteúdo (BARDIN,2004). Para facilitar a identificação dos entrevistados, foram convencionados os codinomes a seguir relacionados na tabela 1.

Tabela 1: Identificação dos entrevistados por sequência da entrevista, gênero, idade e iniciais adotadas.

Nº e seq. das entrevistas	Gênero	Idade	Inicial
1	Masculino	83	J.
2	Masculino	71	B.
3	Feminino	73	M.
4	Feminino	78	Es.
5	Feminino	70	A.
6	Feminino	78	En.
7	Feminino	70	D.
8	Feminino	70	L.
9	Feminino	73	C.
10	Feminino	74	An.

Dos participantes entrevistados e analisados neste estudo, oito (8) eram do gênero feminino e dois (2) do gênero masculino, a maioria, sete (7), encontrava-se na faixa etária entre 70 e 75 anos, e os demais entre 76 e 85 anos, conforme mostra a tabela 1. Dos entrevistados, oito (8) eram viúvos, (2 homens e 6 mulheres) e dois solteiros (2 mulheres). Um (1) participante possuía Ensino Superior completo, um (1) possuía Ensino Médio completo e oito (8) entrevistados possuíam o Ensino Fundamental completo. Todos eram aposentados, com moradia própria. Das moradias visitadas, nove (9) eram construídas em alvenaria e uma (1) em madeira. Sete (7) residências eram térreas, duas (2) residências eram assobradadas e uma (1) era apartamento. A metade dos entrevistados cinco (5) referiram ter sofrido algum tipo de queda no domicílio há menos de 1 ano e cinco (5) relatam ter caído com intervalo de tempo inferior há 5 anos.

Os estudos de Perracini (2002) indicam que o maior número de quedas acontece entre mulheres. Nesse estudo, a incidência feminina foi absolutamente superior e a faixa

etária que mais ocorreram quedas foi a de 70 a 75 anos. Para Barbosa (2001), as ocorrências de quedas estão diretamente associadas à instabilidade postural, esse fator é considerado uma característica do processo de envelhecimento. A presença da maioria de mulheres no nosso estudo e a facilidade em encontrar mais mulheres que sofreram quedas deve-se à maior fragilidade física destas em relação aos homens, também pela maior predisposição às atividades domésticas e um comportamento de maior risco. Os fatores ambientais são os que proporcionam maior risco de queda e, quando associados a características físicas dos indivíduos, são ainda mais agravantes (COSTA NETO, 2000). Das quedas apresentadas neste estudo, os fatores causais ambientais foram significativos, pois escorregar em piso molhado foi o principal causador de acidentes, 4/10 (**An., D., L., J.,**); 1/10 escorregou em piso liso (**A.**); 3/10 caíram de desnível (escada e cadeira) (**B. Es. e M.**); 1/10 tropeçou em animal doméstico (**En.**); e 1/10 teve como causa da queda “... *um passamento*” que nesse estudo interpretamos como uma tontura¹⁷ (**C.**).

As entrevistas transcritas e as respostas tabuladas permitiram uma leitura panorâmica do conteúdo. Nessa fase foi utilizada uma ferramenta para visualização e tabulação das palavras mais recorrentes em todas as entrevistas analisadas¹⁸. A separação das palavras, bem como a sua recorrência nos discursos foi categorizada em itens dispostos em uma tabela (Apêndice VI) que considerou as palavras com referências a: lugares, objetos, corpo, saúde, pessoas, AVD, sensações, tempo, adjetivos, religiosidade, outros. As categorias tabuladas ajudaram a elaborar, juntamente com o objetivo da pesquisa, as categorias de análise finais, que serão: **_(autonomia)**: discursos e falas que dão noção de autonomia e liberdade no contexto da vida do idoso; **_(relações)**: falas e discursos que dão o sentido de relações com familiares ou com rede social formada; **_(memória)**: falas que resgatam a memória, lembrança e história da queda (antes, durante e depois); **_(lugar)**: discursos que consideram a visão e a percepção do espaço (em especial da residência) e por fim; **_(assistência)**: discursos que ressaltam o acesso e a compreensão dos serviços de saúde (antes, durante e após a queda). Embora essas palavras não tenham sido diretamente expressas pelos entrevistados e não se enquadrem nas palavras mais faladas (conforme vemos na Figura 1 – que representa em dimensão e cores as palavras mais recorrentes nos discursos), usamos delas, pois agrupam as ideias e sentimentos mais centrais nos discursos dos entrevistados.

¹⁷ Para Felipe *et al* (2008), a perda da função vestibular periférica pode estar relacionada à presbivertigem, e a causa de tontura em idosos com exame vestibular normal pode ser devido a distúrbios metabólicos, psíquicos, disautonômicos, ortopédicos, visuais e de propriocepção.

¹⁸ <http://www.wordclouds.com/> é um site que analisa um arquivo de texto e permite a visualização em nuvem de palavras (*words tags*) aquelas mais utilizadas no texto. A visualização assume que as palavras mais recorrentes ganham escala (dimensão) maior. Usamos a mesma ferramenta para criar lista de palavras mais usadas e depois categorizadas (Apêndice V).

O estado psicológico e de bem estar propiciado pela condição intelectual de tomar decisões e a capacidade de escolher e conduzir ações, podem ser nomeados como autonomia¹⁹ e liberdade²⁰. Para Freire (1996), autonomia é a capacidade e a liberdade de construir e reconstruir o que lhe é ensinado. Garantir aos idosos tratamentos dignos, encorajando-os a manter a autonomia, melhora sua qualidade de vida (SMELTZER & BARE, 2005). A autonomia é percebida quando o indivíduo é capaz de realizar sozinho as AVD, tais como: fazer compras, usar transporte coletivo, ir ao banco, tomar medicamentos, controlar os esfíncteres, andar, vestir-se, banhar-se, comer, cuidar da aparência.

Durante a realização deste estudo, observamos o aspecto da residência unipessoal e questionamos sobre o porquê dos idosos residirem sozinhos. As respostas indicaram em sua maioria o desejo do idoso em se mostrar autônomo e com liberdade, para desfrutar da residência unipessoal de acordo com a conveniência. Todos indicaram que residiam sozinhos por **opção**, ou seja, frisaram que estavam naquela residência **porque queriam**, confirmando uma sensação de liberdade e de autonomia, pois acreditam que esse é o momento em que podem dedicar-se a si mesmos, após terem criados os filhos e estarem aposentados. Alguns entrevistados mostraram consciência dos desafios e problemas dessa situação, **B.** falou:

“Moro sozinho um pouco é por opção, porque morar com os filhos é diferente... eu prefiro morar sozinho no meu cantinho... não gosto de dar trabalho, se vocês quiser me visitar eu aceito, mas eu prefiro ficar no meu cantinho sozinho. Esse o meu modo de viver.

L. diz:

“... eu quero morar sozinha mesmo, porque meus filhos são bom, mas até que eu guento né ... não digo mais pra frente, já fui convidada mas (...) não por não combinar, mas a gente sente mais liberdade assim. E por enquanto eu faço tudo o meu serviço, a não ser que uma hora eu posso depender ai é diferente. ”

O aspecto ressaltado pela frase “*mas até que eu guento né*” de **L.** indica, no entanto que morar sozinha é uma condição atual e transitória, porque ela ainda não necessita de ajuda médica e ou acompanhamento assistencial intensivo. **L.** tem essa consciência temporal de residir sozinha, seu discurso e comportamento pareciam indicar que essa fase

¹⁹ Segundo o dicionário Aurélio, **autonomia** é: 1. Faculdade de se governar por si mesmo. 2. Liberdade ou independência moral ou intelectual. (FERREIRA, 1999)

²⁰ **Liberdade**: pode ser definida como: Nível de total e legítima autonomia que representa o ideal maior de um cidadão, de um povo ou de um país: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=NyqME>

seria transitória na sua vida. **Es.** também parece reconhecer que estar sozinha é um fator temporal “... enquanto eu tô bem de saúde, que eu guento fazer todas minha atividade e minhas coisas”. Seus filhos parecem concordar e dar esse espaço para a mãe, ao que ela descreve: “... mãe, enquanto a mãe, a senhora puder, senhora guentá, a senhora tem que viajar, sair...”. Aos demais, apesar dos discursos de afirmação da autonomia, não mencionam em seus relatos a possibilidade de uma moradia conjunta ou companhia futura. **B.** descreve ter dito aos filhos que: “... se vocês quiserem me visitar... mas eu prefiro morar sozinho...”.

Ainda que todos os entrevistados aleguem que moram sozinhos por opção, há relatos de que a decisão de morar sozinho é uma alternativa para evitar conflitos com os familiares, como vemos nos comentários de **C.** que diz: “...meus filhos têm a residência deles e morar junto atrapalha.”

Durante a observação, percebemos que os indivíduos gostavam de passar uma imagem de autonomia e indicavam que viviam bem sozinhos. Essa imagem dada por eles, talvez esteja relacionada à tentativa de não se mostrarem fragilizados ou indefesos. Em alguns momentos, esses indivíduos que se revelam autônomos, e capazes de executar sozinhos as AVD, apesar da saúde comprometida, conforme relato de **L.** “...começou a doer o braço, porque eu também já tenho problema nos braços já dos tendão”. Essas imagens positivas que eles procuram passar da situação de morar sozinho nos apontam que ainda não há estudos que relacionem melhora ou piora da situação de saúde do idoso nas residências unipessoais (ROMERO, 2002). Nossa observação destaca que os idosos aparentavam estar bem naquela condição.

Identificando essa intenção de bem estar, nos respaldamos na enfermagem e em suas recomendações como um campo do saber que promove maior autonomia para o idoso. Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA* (2002)²¹, podemos olhar para a prática do profissional da enfermagem como elemento-chave nas situações que envolvem cuidadores, familiares e profissionais de saúde, e que esses possam ajudar na prevenção de quedas e incentivar autonomia. A entidade (NANDA) considera que a identificação do risco para quedas representa uma ferramenta para o diagnóstico de enfermagem, isso é, uma situação que demanda intervenções no campo. O enfermeiro deve procurar na sua prática com idosos identificar os fatores que influenciam sua mobilidade, sejam eles físicos, psicológicos, socioculturais ou ambientais a fim de que possam realizar suas atividades diárias sem riscos de sofrerem lesões por quedas. Conforme Machado et

²¹ <http://www.nanda.org/>

al., (2009) o profissional da enfermagem deve atuar com medidas preventivas, detectar riscos físicos e ambientais para modificá-los/adaptá-los e assim reduzir a vulnerabilidade para quedas presente na população idosa.

Aqui pontuamos que após a fase de coleta de dados e visitas aos idosos passamos dicas preventivas para algumas situações de risco que vimos nas residências.

4.2 – Família e Relações Interpessoais

Famílias são conjuntos de pessoas unidas por laços, parentescos, e, que por isso mesmo, quando estão juntas, satisfazem necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas, uma vez que essas relações sociais se baseiam no afeto, na reciprocidade e na obrigação (DIAS, 2005). A família é a principal fonte de apoio e proximidade emocional, seus vínculos são fundamentais para oferecer um contexto que favoreça o crescimento, o desenvolvimento, a segurança e a autonomia (FLORES & BERENBAUM, 2012). O comportamento do indivíduo na fase do envelhecimento pode ser fortemente influenciado pelo ambiente familiar, desse modo, quando a família que acolhe o idoso está inserida em uma atmosfera saudável e harmoniosa tende a possibilitar o bem estar de todos, incluindo o do idoso. Já em ambientes onde a desarmonia e o desrespeito são presentes, cria-se uma atmosfera carregada de frustrações que contribui para a depressão e agressividade. Isso torna o processo de envelhecimento de um ente querido, algo complexo e faz que ele seja difícil de ser aceito no contexto familiar.

Ainda que a família exerça um valor basal no fortalecimento das relações, com o envelhecimento, o indivíduo idoso perde a posição de comando e decisão que exercia e as relações entre pais e filhos se invertem significativamente, fazendo que as pessoas idosas tornem-se cada vez mais dependentes e os filhos passem a se responsabilizar pelos pais. Dias (2005) aponta que uma das funções da família é cuidar, há o cuidado que a princípio os pais têm com os filhos pequenos, e que posteriormente, os filhos adultos terão com os pais idosos. Além da família, o convívio em sociedade permite a troca de carinho, experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca permanente de afeto. Em seu livro “Velhice: aspectos biopsicossociais”, Zimmermann (2000) cita aspectos importantes que consistem na estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender. Para ela:

O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. Mesmo quando possui boas condições financeiras, o idoso deve estar

envolvido em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade. A atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, onde a relação com outras pessoas contribui de forma significativa em sua qualidade de vida. (ZIMMERMANN, 2000)

O convívio de pais com filhos adultos reafirma um elo de relação criado ao longo de um histórico de vida compartilhado, reforçando vínculos emocionais familiares propícios ao crescimento, ao desenvolvimento, à segurança e à autonomia do idoso no período do envelhecimento. A qualidade de morar sozinho e de mostrar autonomia não escondeu, no entanto, a recorrência em se falar da relação com os familiares, seja destacando que moravam longe ou das visitas que recebiam com alguma frequência. Um aspecto interessante a ser reforçado é que muitos familiares de primeiro grau residem na mesma cidade que o idoso. Para o relato de **En.**, vê-se que ela entende a visita da filha como sendo uma obrigação diária e não um prazer: “...a M.H. depois do trabalho, passa aqui e pergunta está tudo bem mãe? Come alguma coisa e vai pra residência dela...”. A frase reforça uma visão da visita do familiar como uma mera obrigação o que também foi observado em outra entrevistada **S.** (que não chegou a entrar na contagem dos dados, e não foi analisada por não se enquadrar nos critérios de inclusão) que diz: “*Meu filho, guarda o carro na minha garagem, mas não entra, me grita da porta: tudo bem ai mãe? E se vai*”. **Es.** também relata sua vontade de não morar com o filho: “...*enquanto que eu tô bem de saúde que eu guento fazer tudo, eu não quero morar com filho...*”.

En. e **L.** falaram que seus filhos residem próximos, o que denotou uma certa segurança na sua fala, tal como **B.** que compartilha do mesmo quintal que uma filha, e por **J.** que vive a mesma proximidade e segurança porque a filha mora ao lado.

Outros relatos trouxeram a relação com outros familiares, **M.**, que não tem filhos, indica seu vínculo com sua irmã, que reside em outra cidade e reporta a ela os fatos de saúde vividos, no seu relato do momento pós- queda ela fala: “... *Quando eu cheguei da Unimed, primeira coisa eu liguei pra minha irmã de Londrina, eu falei ‘cabei de chegar da Unimed cá’ ai ela nem perguntou como que eu tava e já ficou brava porque que ela falou pra eu mudar pra Londrina e eu não quis... eu falei: Não é que eu não quis, num sei que eu vou fazer ainda*”.

Podemos atestar que os filhos exercem poderes sobre a vida dos pais, quando observamos que, mesmo não morando juntos, eles ainda decidem e deliberam sobre alguns assuntos. **C.** deixa explícito quando relata: “*falei com meu filho, que vinha um rapaz fazer*

uma pesquisa comigo e ele foi contra, mas eu falei pra ele: o rapaz é gente boa, cantou e rezou o terço com nós lá no SESC, não deve ser gente de mal”.

Y. (uma entrevistada que não foi analisada) também menciona em seus relatos a aprovação do filho: *“só concordei em te receber em minha casa depois do consentimento do meu filho que estuda no Unicesumar e conhece o Programa de Mestrado da instituição”*. Esse aspecto da aprovação dos filhos se repetiu em uma entrevista que foi agendada e depois cancelada, segundo a idosa porque seu filho não concordou com a visita do pesquisador.

O que se percebe também é que para além do círculo familiar, os idosos possuem uma vida social ativa, e provavelmente são beneficiados pelo hábito de visitar os clubes dançantes e as praças mais movimentadas e propícias aos encontros dessa parcela populacional. Percebeu-se uma rede de comunicação formada entre alguns deles, que compartilham até de conta no aplicativo *WhatsApp*, para trocar mensagens com os amigos e familiares. M., no momento da observação, chegou a pedir conselhos e dicas para interagir com mais facilidade com o aplicativo e poder assim responder ao seu círculo de amizade e família.

4.3 História e Experiência da Queda na Residência

Um dos momentos nas conversas e observação com os idosos foi o de resgatar a história da queda. Pedíamos para que eles descrevessem onde e como aconteceu o fato, de forma narrativa. As repostas variavam de uma descrição verbal, gesticulações até reconstituições encenadas do ocorrido, com o uso dos objetos (cadeiras, escadas). Esses momentos foram interessantes, pois eles tiveram que revisitar o momento e ficou bastante claro que esses indivíduos faziam esse resgate com tom cômico, achando graça de si e da situação. As descrições eram acompanhadas de pausas e risos²².

²² Na tabela 2, quando transcrevemos as descrições de como aconteceu a queda vemos esses elementos de paralinguagem (gestos, risos, expressões faciais).



Figura 2: D. reconstitui o momento da queda no local. Fonte: Acervo Pessoal

Em um primeiro momento, recorremos à memória da queda e confirmamos se havia sofrido nos últimos 5 anos. Pudemos avaliar que alguns dos entrevistados não se lembravam da data exata da queda, sr. **J.**: *“agora você atrapaçou eu... Faz... dois meses acho”*; **A.** *ai, fio, eu não lembro agora (risos) não.. seis meses mais ou menos...”* e **Es.** : *” Ah já faz tempo!”*; Entrevistador: *“Faz o que? Uns 4 ou 5 anos?”*; **Es.** : *“Ah! Mais né... Por ai, isso”*.

Como entrevistador e enfermeiro, ao deparar-me com essas respostas, refletimos se o motivo do esquecimento seria uma forma de negar a lembrança de um momento ruim, cujo evento posicionou-os frente a uma situação de risco vivenciada sozinho e que de certa forma os aproximou da possibilidade de perda da autonomia que seria provocada por uma invalidez temporária ou permanente, ou até mesmo a morte. **B.** diz: *“ninguém ficou sabendo que eu caí não. Se tivesse morrido, ninguém ia saber quando chegasse eu ia estar esticado com o olho virado... (risos)”*.

Porém, também tivemos uma resposta que relatava com precisão o dia, o mês e até as horas, o que também nos intrigou, pois tal fato marcou significativamente a ponto de provocar um registro completo, pois o medo, a sensação de fragilidade e a exposição ao risco fez que o fato ficasse registrado. A entrevistada **M.**, responde *“...Ah na escada foi dia 30 de Abril pra dia primeiro de Maio porque foi uma hora dia primeiro de Maio uma hora da madrugada. Desse ano”*. Outros confirmam data aproximada, caso de **An.** que afirma: *“faz...dois anos...”* e seu **B.** diz *“faz mais ou menos, quase 25 dias...”*, **D.**: *“faz uns quatro ou cinco meses...”*.

O caso de **M.** tentando compreender o fato de ter se lembrado da hora e dia trouxe para nossa pesquisa um relato dramático da queda, pois ao tentar subir em uma escada para pegar um cobertor numa noite fria, cai e vai dormir com as costelas doendo:

“Bom é que daí eu levantei na hora, consegui levantar Gemendo! Eu gemia meio alto não queria nem saber se a vizinhança tava ouvindo e eu fui deitar direto e joguei o cobertor por cima nem troquei, eu ia trocar o edredom pelo cobertor... por causa do frio né, Nem troquei joguei por cima, deitei e fiquei gemendo quase a noite inteira...”

O relato de **M.** aponta para a questão da comunicação do momento da queda, pois estando o idoso sozinho ele tenta e podemos acreditar que conscientemente chamar atenção de vizinhos ou mesmo de alguém com a intenção secundária de um pedido de ajuda. Alguns relatos demonstram a solidão vivenciada pelos idosos no pós-queda, pois é quando se sentem mais fragilizados e necessitam de ajuda. O relato de **En.** também é dramático:

“Eu vim me arrastando, a primeira coisa que aconteceu que eu fiquei desesperada, que meu pé ficava pra cá e pra lá... eu falei pronto... uma cirurgia! Foi que já me ocorreu né, porque o pé não parava no lugar! Eu vim me puxando ate aqui, (aponta) eu tinha o celular aqui no braço do sofá, meus filhos estavam em Blumenau, a M. H. estava em Natal, a L. M. tava pegando minha neta na escola... e a T. tava em Londrina, quer dizer que eu tava só com a L. M....cheguei ... não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar, quando eu consegui eu falei “L. do céu, SOCORRO! SOCORRO! que eu tô aqui no chão”.

Já **D.** na descrição da sua queda relata:

“eu tava sozinha! eu fui rastando pra traz assim, fui até ... cheguei na escada, sentei, nas escada e fiquei ali umas par de horas sozinha... ai que eu vi que não quebrou, só machucou bastante, ai eu levantei. Fui levantando devagarzinho... devagarzinho, até que fiquei em pé”.

No relato de **L.**, observamos um sentimento de insegurança gerado pelo susto da queda:

“ai na hora eu me assustei sabe, eu esperei um pouquinho pra ver se eu não tinha... não tinha nada sério né, começou a doer o braço, porque eu também já tenho problema nos braços já dos tendão, ai eu virei do lado assim eu fui tentei levantá, mas ai eu escorrei na parede e levantei, mas na hora num... também num.. só o braço mesmo que doeu a coluna também graças a Deus num chegô dar pobrema nenhum, eu tive sorte (risos)”.

B. ao descrever sua queda:

“...não chamei ninguém por que eu tava sozinho... ai eu peguei botei a cadeira pra lá fiquei um pouquinho aqui... sai lá fora eu tenho um remédio passei ... ninguém ficou sabendo que eu cai não. Se tivesse morrido ninguém ia saber quando chegasse eu ia estar esticado com o olho virado... (risos).

Constatamos com esses relatos que a modalidade de residência unipessoal aponta para a insegurança do estar só em um momento difícil, não tendo a quem recorrer, pois mesmo quando se dispõe de um dispositivo de comunicação como o telefone celular nem sempre se consegue usar para chamar ajuda como vemos no relato de **En.** : *“cheguei ... não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar”*. Os relatos de queda dos idosos nas residências unipessoais são marcados pela dicotomia entre se auto-cuidar e pedir por cuidado.

4.3.1 – Onde foi a queda

Para definir o local da ocorrência da queda, levamos em consideração o perímetro residencial do idoso que compreende toda a área que faça parte do terreno onde o idoso citou como endereço. Alguns locais específicos chamam a atenção em função dos fatores de riscos já apontados pela literatura como piso liso, molhado, degraus, falta de barra de segurança. Costa Neto (2000) classifica os fatores ambientais como sendo os que proporcionam maior risco de queda e, quando associados a características físicas dos indivíduos, tornam-se ainda mais agravantes. Todos esses aspectos foram observados durante a visita domiciliar, pelo enfermeiro/entrevistador, como uma ação importante de identificação e no momento final das visitas apontaram-se alguns elementos que mereciam mais atenção para a redução dos fatores de risco em relação à possibilidade de quedas. As fotografias retiradas no ato das visitas comprovam a presença desses fatores de risco e lembramos que 4/10 sofreram a queda porque escorregaram em pisos lisos (**An. D. L. e J.**). Observa-se na composição abaixo, a presença de pisos com superfícies irregulares e lisas:



Figura 3: Pisos com superfícies irregulares e lisas. (esq.) Piso da residência de L, (centro) piso de J. e; (esq.) piso de A. Fonte: Acervo Pessoal.

Objetos de decoração e eletrodomésticos são também constantemente citados na literatura como fatores de risco. Dentre os mais citados estão os tapetes e os fios elétricos que, por sua natureza, tendem a se deslocar com a passada do idoso e contribui assim para a queda. Em nossa observação, percebemos o tapete funcional embaixo das pias e tanques, para receber a umidade própria das AVDs nesses objetos, mas também tapetes no fim da escada e nas entradas das portas.

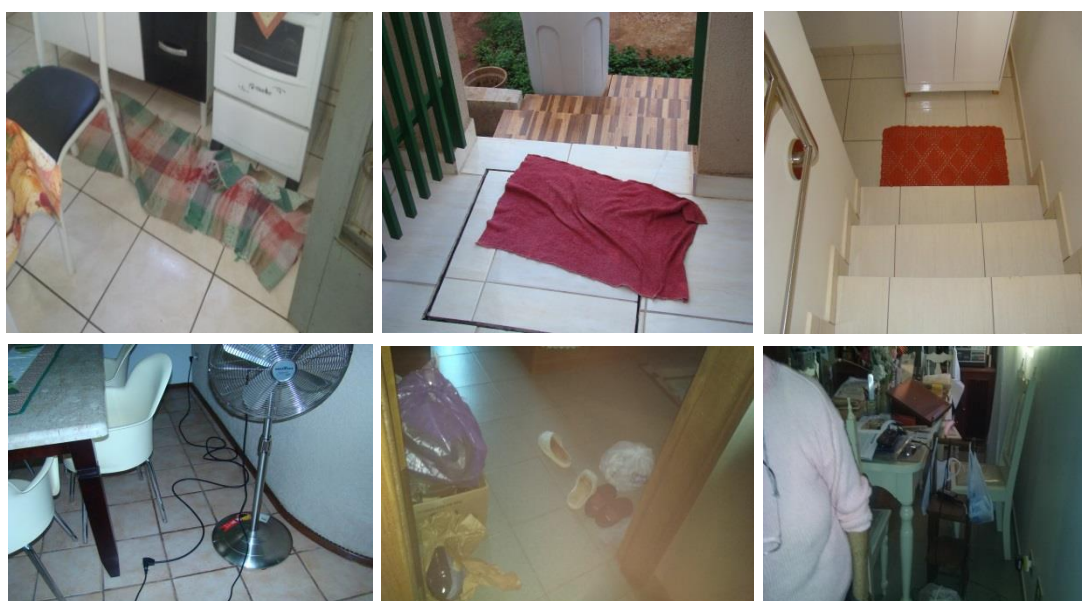


Figura 4: Objetos na residência: (Linha acima). Diferentes usos do tapete. (esq.) tapete na cozinha de J. (centro) tapete na saída da cozinha de An.; (dir.); tapete no fim da escada de An. (linha abaixo): fios elétricos na residência de En. (centro e dir.) chinelos na passagem e corredor estreito com fios e objetos na residência de M. Fonte: Acervo Pessoal

Outro fator de risco lembrado pela literatura é a presença de degraus não apropriados e iluminação deficiente. Não observamos iluminação deficiente em nenhuma das residências, e tivemos dois relatos de quedas na escada. Costa Neto (2000) nos lembra de que a maioria das quedas em escadas ocorrem, em geral, quando o idoso está descendo e nos dois últimos degraus, assim, o corrimão deve continuar além do último degrau, deve ser bilateral e seu desenho permitir que a mão possa agarrá-lo firmemente. Esse elemento

não foi observado, por exemplo, na residência de **D.**, que apresenta corrimão unilateral e o mesmo não ultrapassa a extensão da escada conforme preconizado pela literatura. Sabemos que os degraus devem ser revestidos por um piso antiderrapante, bem visível, de alturas adequadas e iguais; a residência de **C.** possui uma escada em caracol com degraus angulares em granito cujo tamanho dos mesmos se alargam do lado esquerdo da escada e ficam estreitos do lado direito, e ainda quando visualizados de cima se misturam dificultando a visualização, problema que poderia ser facilmente resolvido com adesivos de lixa que delimitariam os degraus e proporcionariam aderência e segurança.



Figura 5: Escadas nas residências: (linha acima). Escadas na residência da An. (Linha abaixo): Escadas sem sinalização de níveis de degrau na residência de C. e (dir.) Escada motivo da queda em D.
Fonte: Acervo Pessoal

Com relação à falta de corrimão em corredores e rampa, visualizamos na residência de **D.**, e de **En.**, a presença de uma rampa sem corrimão que vai da porta da sala ao portão, e na residência de **L.**, a rampa de acesso possui uma inclinação significativa e degraus além de irregularidades no piso, na residência de **B.** que possui uma rampa de acesso com piso liso e degraus no final da mesma.



Figura 6; Rampas de Acesso: Acima (esq.) rampa de acesso de En.; (dir.) rampa em B.; (abaixo esq) rampa em L. e (dir.) rampa em D. Fonte: Acervo Pessoal

Dentre os cômodos mais lembrados quando falamos em queda, o banheiro apresenta uma recorrência na memória. Segundo afirma Ferretti e Lunardi (2013) mais de 70% das quedas ocorrem no interior da residência. Apesar de constatar que os idosos caem mais em seu próprio domicílio do que na rua ou em outros ambientes, deve-se considerar que as pessoas que habitam sozinhas apresentam maiores riscos. Ainda nesse estudo, as autoras trazem informações com relação aos locais de quedas, observaram que a maioria das quedas que ocorreram com as mulheres foi no banheiro (24,94%), seguido da cozinha (24,08%), e para os homens banheiro (26,10%), seguido do jardim (14,15%) e da escada (12,12%). Em relação às faixas etárias entre 60-69, 70-79 e acima de 80 anos, para ambos os sexos observa-se que o maior número de quedas ocorreu no banheiro (21,63%). Com relação aos banheiros, Costa Neto (2000) relata que alguns itens como falta de apoios nos boxes, vasos sanitários baixos²³ e sem apoios laterais pode dificultar sua utilização e favorecer a incidência de quedas em idosos.

Embora a literatura aponte o banheiro como um grande vilão na incidência de quedas, em nosso estudo não houve nenhum relato de queda no banheiro (conforme mostra diagrama abaixo).

²³ O vaso sanitário padrão chega ser em média 15 cm mais baixos que o necessário para os idosos e essa falta de apoios laterais

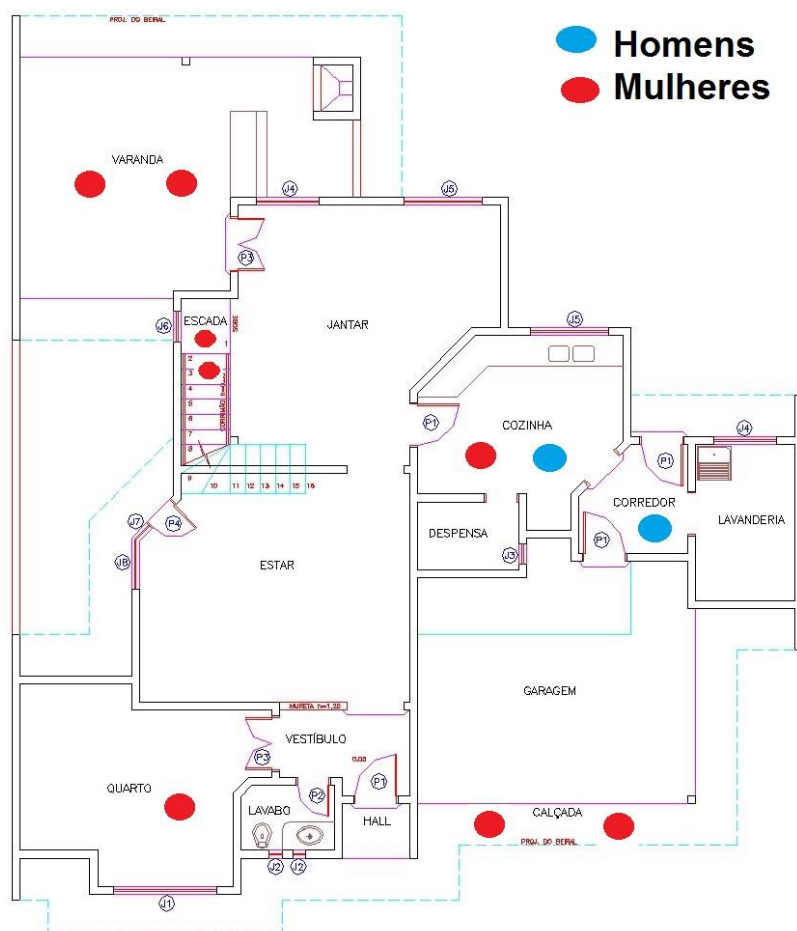


Figura 7: Esquema para a localização das quedas em uma planta baixa genérica de residência.

Fonte: Acervo Pessoal

Em nossa observação encontramos banheiros já adaptados com condições ideais com dispositivos como barra de segurança e tapetes de material antiderrapante como borracha, barras de apoio no vaso e no boxe, bancos para banho, buchas especiais, como é o caso do banheiro da residência de **An.** (Fig.8), conforme nos mostram os registros fotográficos:



Figura 8: Banheiro adaptado com dispositivos de segurança em residência de An. Fonte: Acervo Pessoal

Apesar de visualizarmos muitos tapetes no interior do banheiro, o que de certa forma impõe condições de riscos, os dispositivos de segurança encontram-se instalados e segundo **An.**, são frequentemente usados, apesar de garantir que ainda não necessita desses equipamentos e relata: “... mandei implantá-los na última reforma da residência e gastei mais com barras, corrimãos, bancos e as adequações em geral do com a própria reforma”.

Também encontramos banheiros com as mínimas adequações como o banheiro da residência de **En.** .



Figura 9: Banheiro de En. com tapete antiderrapante, banco e barra de apoio. Fonte: Acervo Pessoal

Enquanto no banheiro de **M.** e **B.** foram observados como dispositivo de segurança um tapete antiderrapante utilizado na área molhada feito em borracha conforme imagens:

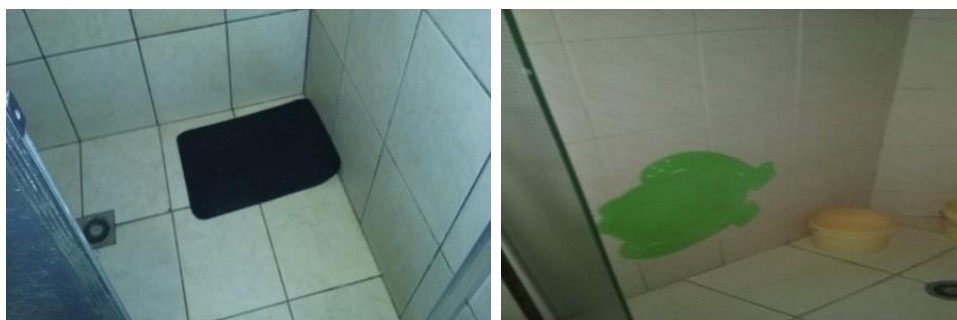


Figura 10: Banheiro com tapetes de borracha como dispositivo de segurança a (Esq) residência de B. e a (Dir) residência de M. Fonte: Acervo Pessoal.

E também observamos banheiros sem nenhuma adequação ou dispositivos como é o caso das residências de **Es.** , **D.** , **A.** , **L.** , **J.** e **C.** respectivamente. Nesses cômodos observados não houve relato de quedas ou quase quedas por parte dos entrevistados.



Figura 11 Banheiros sem nenhum dispositivo de segurança, linha acima à (Esq.) residência Es., ao (Centro) residência de D., à (Dir) residência de A.; na linha abaixo à (Esq.) residência de L., ao (Centro) residência J., a (Dir.) residência de C. Fonte: Ac

Calçados inadequados são também descritos com fatores de queda, principalmente aqueles sem anteparo posterior como a maioria dos chinelos. Saltos altos podem causar fáceis tropeções, principalmente quando há a necessidade de um deambular mais rápido. De maneira geral, observamos que das quedas relatadas pelos entrevistados, 5 tiveram suas quedas relacionadas ao uso de chinelos conforme relatam, **D.:** *“é ... tava molhado e eu ia lá pra baixo... e quando eu pensei que não, eu escorreguei eu tava com um chinelo meio novo e desceu duma vez (gesticulando)... bati a bunda no chão (rindo)”*. **L. :** *“...eu escorreguei, um chinelo meio gastado né, ai tava meio já gastado ai ... ai depois dessa vez eu procurei não usar mais chinelo, quando vai ficando véio eu encosto”*. **An.:** *“... Foi lá que eu escorreguei por que eu estava com chinelo de andar dentro de residência, aquele que se levanta da cama, sem nada em baixo, lisinho, lisinho... ai eu escorreguei e fui parar lá no outro canto da área e machuquei todas as costelas do lado direito”*.

Ainda com relação aos calçados observamos nos discursos que somente uma entrevistada mudou o tipo de calçado para a realização das tarefas depois da queda **L. :** *“ah eu sempre procuro usa uma botinha de borracha, que eu tenho ai, pra quando eu vou lavar, assim sempre e nunca usar o chinelo já velho porque ele gasta a sola né, aí escorrega né.”*

4.3.2 - Como foi a queda.

O questionamento sobre o motivo da queda evidenciou um elemento interessante de ser comentado aqui, todos os entrevistados são conhecedores dos riscos e dos fatores que podem ocasionar as quedas e indicam saber disso através de programas na mídia, em especial na televisão aberta, conforme vemos no relato de **En.**: “... gosto de assistir o programa *Bem Estar da Globo*, pois sempre traz dicas de cuidados para as pessoas idosa”. C. também frisou que recebe muitas dicas da televisão: “de manhã eu não perco aquele programa de saúde que passa, porque sempre tem um médico ensinando coisa boa pra gente aprender a se cuidar mais...”. Durante as visitas e observação *in loco*, os participantes da pesquisa mostravam-se familiarizados com os fatores de risco e chegavam a listar. Além dos programas no canal da televisão aberta foi observado também que alguns deles já haviam recebido alguma orientação em alguns programas dos quais fazem parte e apareceu nos discursos o Programa Dança de Roda do SESC - Maringá.

A tabela a seguir mostra os relatos das principais razões por terem sofrido as quedas:

Tabela 2: Descrição do motivo da queda

Entrevistado	Descrição
J.	“... Lavei lá i, caiu água aqui, eu tirei o calçado lá foi pisa, pisei no piso aqui, a parte do tapete escorregou... (falou isso com ar de riso e apontando e gesticulando com as mãos) o tapete tava longe (concluiu).
B.	A cadeira escorregou eu estava em cima da cadeira pintando a vista da porta do banheiro, e aí eu ponhei a latinha de tinta no chão e ponhei a cadeira com a guarda pra trás... e aí eu fui descer pra arrumar o outro lado e a cadeira escorregou pra trás, eu bati o osso do joelho no chão;... e naquela hora eu (esboçou uma cara de dor).
M.	Ah então não foi tontura que deu não, de repente quando eu olhei pra baixo assim (repetiu o movimento com a cabeça) na hora eu cai com tudo...
Es.	eu caí...não olhar na altura, eu não vi...(faz um movimento representando a queda).
A.	É segundo eu joguei sabão caseiro né, aquele sabão feito em casa, e tava muito espumoso, e eu dei uma passo longo né, peguei só o carcanha, foi onde que eu currupeiei de lado assim e caí (riso).
En.	Sim; eu sai, que eu ia aguar minhas plantas né, eu tinha um (Spitz Alemão) aquele cachorrinho, que nossa tem um ciúme tremendo de mim, e ele veio pra me pegar na perna, eu me desequilibrei e fui parar lá (aponta) e bati as pernas...os pés ali(aponta) nessa... Nessa, queda aqui.
D.	é ... tava molhado e eu ia lá pra baixo... e quando eu pensei que não, eu escorreguei, eu tava com um chinelo meio novo e desceu duma vez(gesticulando)... bati a bunda no chão (rindo.)
L.	eu escorreguei com os dois pés. (esboçou um ar de riso)
C.	é ... Conversando com eles, tava na roda da minha família tudo ali,

	<i>(gesticula)... De repente eu afastei e fui pra trás, meus filhos correram achou que tinha dado um negócio ne mim, eu falei... Parece que... E outro dia também eu tava indo no gramado assim... Mas olha é alguma coisa, mas parece que alguma coisa me puxou assim (gesticula simulando um arremesso) olha eu caí de bruços na grama... Eu digo, eu comecei a rir sozinha... eu falei: “ má não pode um negócio desses” (falou rindo)...</i>
An.	<i>Foi lá que eu escorreguei porque eu estava com chinelo de andar dentro de casa, aquele que se levanta da cama, sem nada em baixo, lisinho, lisinho... aí eu escorreguei e fui parar lá no outro canto da área e machuquei todas as costelas do lado direito.</i>

4.3.3 - Das reações à queda e sentimentos associados

Guimarães *et al* (2004) lembram ainda sobre o medo e a memória da queda, e ponderam que estes constituem fatores altamente limitantes à independência funcional do idoso. A queda pode gerar ainda impacto negativo sobre a mobilidade dos indivíduos, além de ansiedade, depressão e medo de cair outra vez, o que acaba por aumentar o risco de nova queda (BOUSHON *et al.*, 2012).

Após descreverem como foi a queda, os questionamos sobre o que fizeram e como se socorreram no pós-queda²⁴. O fato de que todos os indivíduos residem sozinhos trouxe elementos interessantes de serem analisados. Em um primeiro momento, residir sozinho pode apontar fatores positivos (autonomia e independência) e negativos (solidão, medo e desamparo). Guimarães *et al* (2004) lembram que o medo e a memória da queda constituem fatores limitantes à independência funcional do idoso. Enquanto Boushon *et al*, (2012) relatam que a queda traz sensações negativas, além de ansiedade, depressão e o medo de cair outra vez, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Os indivíduos entrevistados residem sozinhos, por isso tem uma probabilidade maior de ter sofrido a queda sem a presença de outro indivíduo na mesma residência. Dentre os entrevistados, 9/10 caíram no exato momento em que estavam totalmente sozinhos em sua casa o que demandou deles atitudes de auto-socorro ou de acionamento de familiares ou amigos.

O entrevistado **J.**, por exemplo, não chamou ajuda conforme seu relato: “*não, (sacode a cabeça negando) eu levantei logo, não cheguei bate a cabeça não...*”, segundo ele, não precisou de ajuda pois não se feriu gravemente e, **B.** respondeu dizendo:

²⁴ Interessávamos aqui saber quais foram as reações, as atitudes tomadas por eles nos primeiros minutos do pós-queda.

Não chamei ninguém porque eu tava sozinho... aí eu peguei botei a cadeira pra lá fiquei um pouquinho aqui... sai lá fora eu tenho um remédio passei ... ninguém ficou sabendo que eu caí não. Se tivesse morrido, ninguém ia saber quando chegasse, eu ia estar esticado com o olho virado... (risos).

O relato de B. confirmou uma tendência que se repetiu em outros entrevistados. No pós-queda, esses indivíduos costumam realizar uma autoavaliação do ocorrido, alguns tocaram nas partes do corpo verificando se houve fraturas e analisando a intensidade das dores. O relato de M. :

“Então aí quando eu... Não tava bem depois porque doía muito a costela né, e eu não tava bem, aí algumas pessoas que eu encontrava aí no corredor me perguntava o que eu tinha aí eu falava que eu caí. Aí as pessoas fala: “Por que que não me chamou?”, a pessoa fala, mas, era uma hora da madrugada eu ... eu não ia...; Bom é que daí eu levantei na hora, consegui levanta, GEMEEENDO! Eu gemia meio alto não queria nem saber se vizinhança tava ouvindo e eu fui deitar direto e joguei o cobertor por cima nem troquei, eu ia trocar o edredom pelo cobertor.”

No relato de Es. observamos o fato dela ter ciência de que estava sozinha e não ter a quem chamar: “Não, nada, ninguém, ninguém... Caiu, tchau e bença..”. A entrevistada A. fala que sua queda foi vista pelo seu filho que mora na casa ao lado:

“Ah sim, na hora eu caí, o Giberto (filho que mora na residência ao lado) viu né ele tava ali fora, meu filho, aí ele veio pediu pro filhinho dele ir lá buscar a chave... que eles tem uma chave minha também lá ... de todas portas, aí nessas altura eu consegui levantar sozinha né, levantei!!!

En., dentre os entrevistados tem o relato mais dramático pois deixa explícita as dificuldades enfrentadas pelo morador unipessoal quando sofre a queda:

Olha... Eu vim me arrastando, a primeira coisa que aconteceu que eu fiquei desesperada, que meu pé ficava pra cá e pra lá... eu falei pronto... uma cirurgia! Foi que já me ocorreu né, porque o pé não parava no lugar! Eu vim me puxando ate aqui, (aponta) eu tinha o celular aqui no braço do sofá, meus filhos estavam em Blumenau, a M. H. estava em Natal, a L. M. tava pegando minha neta na escola... e a T. tava em Londrina, quer dizer que eu tava só com a L.M....cheguei ... não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar, quando eu consegui eu falei “Luz do céu, SOCORRO! SOCORRO! que eu tô aqui no chão”, ela veio ... eu teve que guiar ela, porque o que que nos vamos fazer? O que que vamos fazer? chamar a ambulância né!

Na entrevista de D. sua expressão facial transpareceu uma sensação de angústia do fato:

“eu tava sozinha! eu fui rastando pra traz assim, fui até ...cheguei na escada, sentei, nas escada e fiquei ali umas par de horas sozinha... aí que eu vi que não quebrou, só machucou bastante, aí

eu levantei. Fui levantando devagarzinho... devagarzinho, até que fiquei em pé.”

L. deixou transparecer na entrevista um sentimento que até o momento não tínhamos observado, que foi o susto:

” aí na hora eu me assustei sabe, eu esperei um pouquinho pra ver se eu não tinha...não tinha nada sério né. Começou a doer o braço, porque eu também já tenho problema nos braços já dos tendão, aí eu virei do lado assim eu fui tentei levantar, mas aí eu escorei na parede e levantei, mas na hora num... também num.. só o braço mesmo que doeu a coluna também graças a Deus num chego dar pobrema nenhum, eu tive sorte (risos)”.

O relato de **An.** foi que demonstrou que, mesmo morando sozinha, ela sentiu-se “orgulhosa” por (na sua avaliação) não precisar de ajuda para se levantar no pós-queda e ter ido, dirigindo, em busca de cuidado:

“Eu levantei! Peguei o carro! E fui pro Santa Rita! (risos) Sozinha! Fui bastante orgulhosa, em não ter, pedido ajuda, depois levei bronca dos vizinhos, bronca das minhas irmãs, do meu irmão, mas já tinha feito já ido pro hospital, já fiquei lá um dia inteiro me socorreram, e fui bem atendida lá no hospital o médico é meu médico até hoje, ainda me atende até hoje graças a Deus”.

Percebemos nos relatos que, após a queda, os idosos realizaram uma autoavaliação do seu estado, pois compreendiam os riscos e as consequências do fato e assim, geralmente, se tocaram e observaram o corpo (membros, intensidade da dor, etc). **Es.** Inclusive, chega a determinado ponto da entrevista a encenar a si mesma no momento do pós-queda se apalpando para identificar fraturas, “é e cáí lá... Não vi. Mas...(ergue os ombros) naqueles anos não aconteceu nada... Pra mim foi tudo bem... Não deu nada (passa as mãos pelos corpo). Dona **D.** descreve que levantou-se muito devagar sentindo seu corpo responder a ação. “... aí que eu vi que não quebrou, só machucou bastante, aí eu levantei, fui levantando devagarzinho, devagarzinho, até que fiquei em pé”. Dona **L.** também indica ter esperado um tempo para saber se fraturou algo: “eu esperei um pouquinho pra ver se eu não tinha...não tinha nada sério né”. Checamos com as entrevistas que de uma forma elementar sabendo que não têm ninguém à quem recorrer para um possível socorro, os idosos fazem uso de um recurso instintivo aguardando passar o susto, recobrar os sentidos e estabilizar as dores para mensurar os prováveis danos, e retomarem a rotina, conforme descreve **D.**, no relato anterior, e **A.**, que após a queda:

Cabei de enxaguar tudo!!! Sequei!!! Ai as consequências veio depois. Dali uma meia hora mais ou menos. Ainda limpei pra cá, tomei um banho, terminei a janta... hora que eu fui no banheiro fazer xixi eu senti a

dor não conseguia sentar, ai foi onde que o médico falou que rebentou os vasinhos né por isso que eu não aguentava de dor. Ai ficou preto cor desta brusa sua assim, e foi descendo, descendo foi parar lá no dedinho o coágulo né, sorte que o doutor falou que eu tomava aquele AAS que circula o sangue senão ia dar um coágulo ali e ia ser complicado.

Esses relatos de continuidade dos afazeres após a queda contrastam com outros que transpareceram medo, pelo reconhecimento da gravidade do fato (em especial pelo esboço das expressões faciais e olhos marejados na descrição do fato). Esse sentimento se deve à condição de estarem sozinhas e ao fato de dependerem de ajuda para conseguir se levantar, em especial, os idosos que sofreram fratura, como **En.**, **D.** e **M.**. Em outras entrevistas, e ao questionar se sentiram medo, obtivemos a seguinte resposta de **An.**: “*só tenho de medo de assaltante...*”. A palavra medo, foi por duas vezes associada à insegurança pública (assaltos, violência e furtos), na fala de C. “*... falei com meu filho, que vinha um rapaz fazer um pesquisa comigo e ele foi contra, mas eu falei pra ele o rapais é gente boa, cantou e rezou o terço com nós lá Sesc, não deve ser gente de mal*”.

Os demais entrevistados não mencionaram o sentimento de medo em nenhum aspecto, apesar desse item não ser questionado diretamente no roteiro de entrevista, na observação pudemos novamente confirmar que a queda e os fatores que a provocam não trazem ou desenvolvem o sentimento do medo entre os entrevistados e acreditamos que isso se deve ao fato de que eles não atribuam as quedas ao ambiente e sim a atitudes do momento, como lavar o piso com chinelo velho, subir em escadas, sair na chuva, e outros fatores já apresentados anteriormente.

Seguido dessas narrativas, perguntamos o que fizeram para evitar novas quedas, tentando identificar os arranjos espaciais ou de mudança de comportamento nas falas.

4.4 – Percepção do Espaço e Soluções do pós-queda

Nesta categoria de percepção do espaço e soluções do pós-queda, agrupamos as falas que apresentam as soluções (modificações espaciais e de comportamento) que os indivíduos passaram a ter após a queda. Antes de comentar sobre essas alterações, cabe descrever algumas situações que vimos no momento da entrevista. Para Ribeiro *et al.* (2008), o ambiente satisfatório para o idoso deve oferecer segurança, ser funcional, proporcionar estímulos, interação social e ainda ser familiar ao mesmo.

Quanto à avaliação ambiental dos domicílios visitados e como enfermeiro, observamos que 2/10 apresentam terrenos sem desnível, **J.** (residência térrea construída ao nível da rua) e **M.** (um apartamento), e que 8/10 apresentam terrenos com desníveis, apresentando, para acesso ao domicílio rampas e/ou degraus, como se vê nas residências de **L.**, **B.**, **C.**, **A.** e **D.**, apresentadas nas imagens a seguir:



Figura 12 avaliação ambiental rampas de acesso com desníveis do terreno; Linha acima: (esq) residência L. (centro), residência B. (dir), residência C. Linha abaixo: (esq), residência C. (centro), residência A. (Dir), residência D.

Fonte: Acervo Pessoal

Notamos que a presença de degraus é constante, em especial nos domicílios de **D.** e de **An.** que relatam inclusive serem os degraus os causadores das quedas.



Figura 13 Presença de degraus locais das quedas (esq) na residência de D. e a (dir) residência de An.

Fonte: Acervo Pessoal.

Os quintais das residências foram os locais que apresentaram maiores alterações com degraus, rampas e buracos. Na residência de **En.**, há um *hall* de entrada com uma rampa que leva do portão à porta lateral da sala (local da queda), ela inclusive tem dificuldades de fazer a passagem entre esses dois níveis usando do andador.



Figura 14 Rampa de acesso com desnível e diferença de piso residência En.
Fonte: Acervo Pessoal.

A tabela a seguir apresenta outras situações de desníveis e que são consideradas fatores de riscos pela literatura (BARROS, C. F. M., 2011; BRASIL, 2008). Esses fatores foram vistos em 6/10 entrevistados.

Tabela 3: Fatores de risco (espaciais) das residências

Ind.	Imagens ²⁵	Descrição
L.		Rampa no portão de acesso com uma inclinação de mais de 60° com piso liso e buracos
D.		Rampa discreta termina em dois degraus (também local da queda relatada).

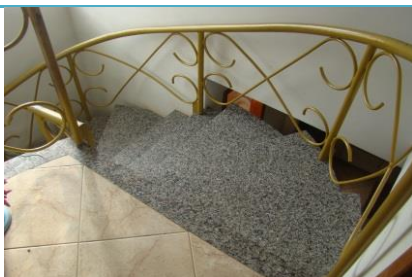
²⁵ Fonte: acervo pessoal

B.



Rampa com dois degraus, e inclinação de aproximadamente 30° revestida por piso cerâmico liso.

C.



Uma escada com piso de em granito cujos degraus (não possuem divisória que delimitem os degraus).

An.



Possui quatro pavimentos (do porão ao *soton*) todos interligados por escadas com 8 degraus cada, e com tapete no final de cada escada.

Es.



Observamos um desnível no interior da residência separando o corredor da área dos quartos e também degraus para acesso à varanda dos fundos e quintal.

Outro fator de risco que pode ser apontado é a presença de obstáculos: tapetes, fios e outros objetos. Em relação à presença de tapetes, encontramos as peças em 5/10, em outras áreas que não fossem o banheiro.

Em apenas um (1) dos domicílios visitados, o de (M.), não encontramos tapetes no ambiente, mas deparamos com outros obstáculos, como sapatos, móveis e objetos que atrapalhavam a circulação e punham em risco a integridade do idoso.



Figura 15 Presença de obstáculos e móveis nas passagens; residência de M.
Fonte Acervo Pessoal.

Os demais ambientes eram todos muito organizados e limpos, esse fato chama a atenção, pois somente uma entrevistada (An.) relata ter ajuda de uma diarista semanalmente para organizar sua residência, os demais entrevistados afirmam (com orgulho) que todas as atividades de limpeza e organização (AVDI) são realizadas por eles conforme relato do entrevistado J. ... *“em casa eu faço tudo...”*.

4.4.1 - Rearranjos na residência para evitar novas quedas.

As adequações de ambientes são os artefatos que estão intimamente ligados aos fatores preventivos de quedas frente à população idosa, pois quando relacionadas com as áreas de ocupação, acenam para dispositivos voltados a facilitar as realizações tarefas como as AVD. Cavalcanti & Galvão (2007) afirmam que as mais usualmente encontradas são as barra de apoio, elevação do acento do vaso sanitário, uso de tapetes, cadeiras de banhos, rampas e plataformas.

Dos 10 participantes da pesquisa, observou-se que apenas 3/10 (An. , D. e A.) promoveram alguma adaptação/modificação no domicílio após a queda a fim de melhorar as realizações das AVD como a instalação de dispositivos de segurança. D. cita *“ah depois eu... Ajeitei mais pra não ficar... Botei aquele negócio na parede pra ficar*

segurando, escorre mão, corrimão né...”. **An.** relata informalmente... “o valor que gastei para instalar os corrimãos e as barras de seguranças pela residência foi maior ao valor da reforma”. **A.** afirma ter reposicionado os móveis da sala a fim de evitar acidentes que diz: “inclusive esse rack, tava mais pra lá, eu já juntei ele mais pra cá também, vai que eu passo aqui né, e tropico. Tapete, também tirei bastante, não uso mais tapete quase, por que tapete costuma muito fazer a gente caí”. Organizamos as respostas na tabela que segue:

Tabela 4: Respostas dos Entrevistados sobre as soluções pós-queda

Entre- vistado	Resposta
J.	<i>(pausa) eu não moiei mais! (risos) eu não moiei mais...</i>
B.	<i>É fiquei mais alerta um pouco né, aí eu peguei e ponhei um negócio embaixo... um tapete, pra não manchar o chão e não escorregar mais ...</i>
M.	<i>Agora, quando eu subo escada eu seguro com cuidado e eu vejo se eu tô descendo degrau por degrau tomo mais cuidado, mas eu tô pensando di abaixa as lâmpada também ... porque a minha irmã de Londrina diz que próprio eletricitista dela que sugeriu de abaixar e ela abaixou. Mas pra mim... eu não chamei nenhum eletricitista mas eu tô pensando de chamar um dia pra abaixar.</i>
Es.	<i>A... eu me cuidei mais... no subir, no descer...né eu fiz uma parte mais... (com ar de riso faz uma movimento com a cabeça concordando com a tomada de decisão).</i>
A.	<i>eu tirei esse sabão aí. (risos) nada de sabão mais... né, não deixo nada assim, me atrapalhando o caminho também, né, inclusive esse rack tava mais pra lá, eu já juntei ele mais pra cá também, vai que eu passo aqui né, e tropico. Tapete também tirei bastante, não uso mais tapete quase, por que tapete costuma muito fazer a gente caí... Então eu livre um pouco de tapete também... Pra que, só pra mim lavar depois e cai também.</i>
En.	<i>óh... o que eu fiz a primeira coisa quando eu cheguei do hospital, cadê o meu Bob meu cachorrinho, A gente já doou... Nossa senhora!!! Para mim, aquilo foi... (emoção e olhos marejados) eu chorei acho que uns dois meses mais... até hoje eu não posso lembrar porque ele era, sabe, o Spitz Alemão é uma graça, e ele era tão apegado comigo. Olhe, se você chegasse aqui na minha casa, eu tinha que acudi porque ele ia te agarrar nas pernas, de tanto ciúmes de mim, assim com os filhos, o P. e os de casa também. Então achei muita falta, mas... no mais tá tudo... pra mim, eu não acho falta de nada, o que eu adquiri foi o hábito de lê, eu tô lendo bastante, só que agora não posso dizer se foi infelizmente ou foi pro meu bem a minha sobrinha me deu um livro de pinta, agora a M. H. diz “mãe, mas não pode a senhora é tão fanática na leitura agora vai só pintar?! “ Eu falei tô com 78 anos, no meu primário não tinha lápis de cor, eu tô me divertindo(risos) tô aprendendo a pintar e assim olha, tem dias que eu fico triste porque as coisas acontecem na vida da gente, nesse tudo meio tempo eu perdi: uma irmã, depois perdi um Irmão e agora perdi outro irmão e eu de sete eu sou a mais velha, eu tô aqui, com todos esses meus problemas que não são poucos, eu tomo na base de oi... de doze a treze remédios de uso contínuo, por isso que eu tô aqui vivo(risos)</i>
D.	<i>a depois eu... ajeitei mais, pra não ficar... botei aquele negócio na parede pra ficar segurando, escorre mão, corrimão né...</i>
L.	<i>a eu sempre procuro usa uma botinha de borracha, que eu tenho aí, pra quando eu vou lavar, assim sempre e nunca usar o chinelo já velho porque ele gasta a sola né, aí escorrega, né.</i>

C.	<i>sempre me cuidando, porque eu ainda corro, das vez tem qualquer coisa, tem uma criança gritando lá eu saio correndo... eu entrego sempre... eu peço pra nossa senhora da Aparecida “ Cuida de Mim não deixa eu cair” (risos).</i>
An.	<i>Eu coloquei corrimão dos dois lados da escada, porque eu achei que mais seguro pra uma pessoa de idade, e mesmo jovem não cair, é ter onde afirmar as mãos pra descer e pra subir. E eu procuro usar chinelos que tenha aquela parte antiderrapante em baixo, nunca vou com chinelo liso quando ele começa ficar liso ele vai pro latão de lixo.</i>

Para melhor visualizar quais foram as principais alterações e soluções dadas pelos indivíduos, arranjamos as respostas tendo em vista dois elementos principais: **as alterações físicas do ambiente** (colocação de barras, rearranjos de móveis ou retiradas deles) e **alterações de comportamento** nas falas que indicaram claramente (mais atenção à atividade e evitar fazer a AVD que os levaram a queda). Embora essas categorias possam se sobrepor, como as alterações ambientes desencadeiam alterações comportamentais (o corrimão pode colaborar para que ele desça as escadas com mais atenção) o diagrama a seguir apenas destaca os elementos ressaltados nas falas dos entrevistados.

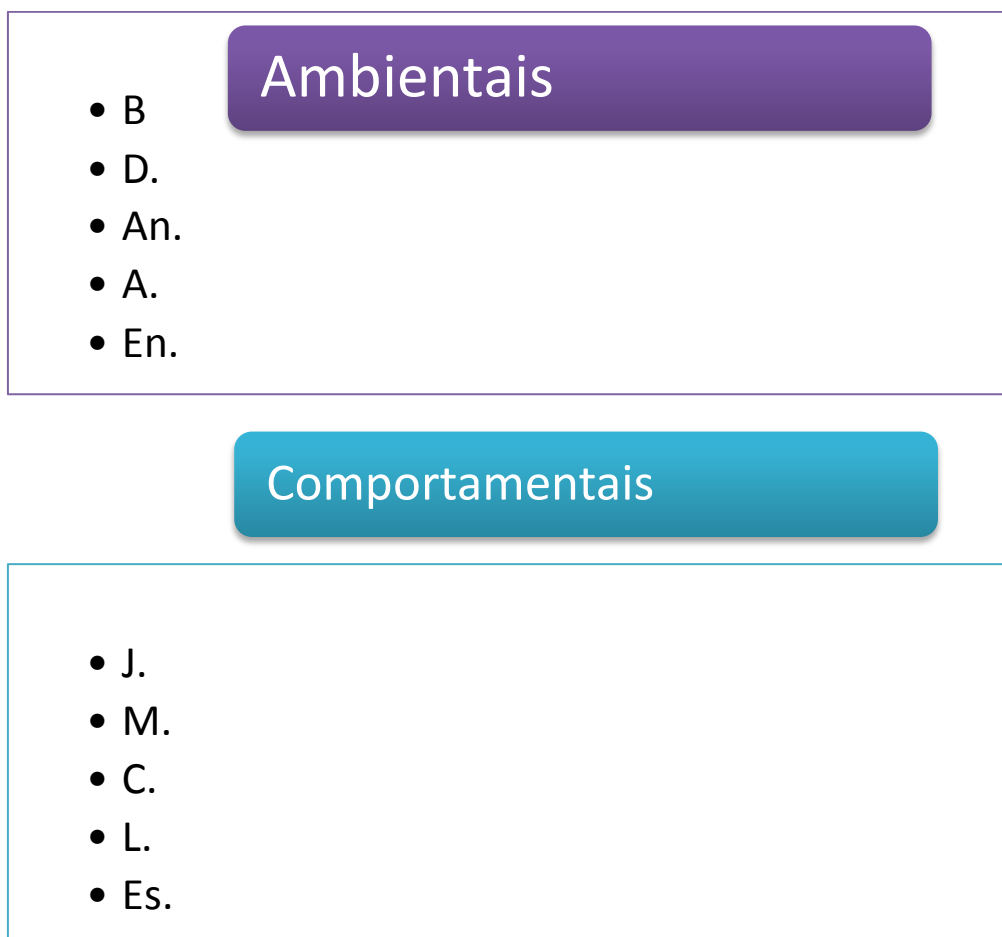


Figura 16: Indivíduos separados por tipo de alteração/solução. Fonte: Acervo Pessoal

Quanto à realização de inovações e reformas para adequação ou prevenção de quedas, pudemos constatar que apenas dois entrevistados as fizeram após as quedas. **J.** destacou na fala que não molha mais a calçada, como que se com essa prerrogativa estivesse minimizando os riscos de queda. Embora não tenha mais lavado o piso, não retirou os tapetes e nem fez nenhuma outra mudança espacial. A entrevistada **M.** indicou intenção de alterar a altura das lâmpadas na sua casa, após recomendação de familiar, embora a ação de trocar a lâmpada não tenha sido a causa da sua queda, a fala demonstra um olhar diferenciado para os objetos da sua casa, prevendo que subir na escada para trocar a lâmpada seria uma ação de risco (visto que ela caiu de uma escada enquanto pegava os cobertores). Assim, ela atribui à queda uma associação entre o comportamento de subir em escada/cadeira, com o arranjo espacial da casa. A entrevistada **A.** enfatizou a qualidade do produto que usava para lavar a sua varanda, na sua concepção o sabão caseiro produziu mais espuma *“é eu joguei sabão caseiro né, aquele sabão feito em casa, e tava muito espumoso, e eu dei um passo longo né, peguei só o carcanha, foi onde que eu corrupelei de lado assim e caí (riso)”*, por isso ela não lava mais com sabão.

O relato de **En.** mostra que os familiares culpavam o cachorro que se bateu em suas pernas e assim contribuiu para sua queda. Ao relatar o fato, percebemos um sentimento de perda por ter sido afastada do animal:

ó... o que eu fiz a primeira coisa quando eu cheguei do hospital, cadê o meu Bob meu cachorrinho, A gente já doou... Nossa senhora!!! Para mim, aquilo foi... (emoção e olhos marejados) eu chorei acho que uns dois meses mais... até hoje eu não posso lembrar porque ele era, sabe, o Spitz Alemão é uma graça, e ele era tão apegado comigo. Olhe, se você chegasse aqui na minha residência, eu tinha que acudi porque ele ia te agarrar nas pernas, de tanto ciúmes de mim, assim com os filhos, o P. e os de residência também.

A perda do animal doméstico desencadeou novos hábitos da entrevistada, que substituiu a leitura por pintura, conforme lemos:

“Então achei muita falta, mas... no mais tá tudo... pra mim eu não acho falta de nada, o que eu adquiri foi o hábito de lê, eu tô lendo bastante, só que agora não posso dizer se foi infelizmente ou foi pro meu bem a minha sobrinha me deu um livro de pintar, agora a M.H. diz “mãe, mas não pode a senhora é tão fanática na leitura agora vai só pintar?!”

D. relata ter feito uma alteração espacial e instalado um dispositivo de segurança no local onde caiu: *“Botei aquele negócio na parede pra ficar segurando, escorre mão, corre mão né..”*, e para **L.** a substituição do calçado foi a solução para se evitar novas quedas, *a eu sempre procuro usa uma botinha de borracha, que eu tenho aí, pra quando eu vou*

lavar, assim sempre e nunca usar o chinelo já velho porque ele gasta a sola né, aí escorrega né”. C. ressaltava a sua crença religiosa a proteção e prevenção vindoura: “... eu peço pra nossa senhora da Aparecida: Cuida de Mim não deixa eu cair”.

Dentre os entrevistados, **An.** foi a que mais investiu em alterações depois da queda, realizando, conforme vimos, reformas na sua residência. Essas alterações realizadas por ela estão de acordo com as recomendações de um design universal, preconizado pela NR 9050 (ABNT, 2005). Em um de seus relatos ela confidencia: *“gastei mais em barras de segurança de que com a reforma...”*.

4.5 –A busca pelos serviços de socorro e de saúde

A análise da frequência de palavras presentes nos discursos dos entrevistados ressaltou a presença de indicadores que remetem ao tema saúde, e em especial, aos serviços de saúde. Criamos a categoria “saúde” aqui na tentativa de compreender como esses indivíduos se reconhecem e reportam os serviços de saúde aos quais acessam (antes e pós-queda).

Aparentemente, os idosos em suas residências unipessoais mostram-se desprovidos de apoio tornando-se vulneráveis diante de dificuldades de saúde. Essa condição, no entanto é questionada por Camargos *et al* (2011) que afirma que não há nenhuma pesquisa que relacione uma melhora ou piora da saúde dos idosos que moram sozinhos. Mas, sobre essa situação emergem dúvidas relacionadas ao estado de saúde dos idosos que moram sozinhos e que sofrem quedas, pois é fato que em uma situação de emergência, eles precisariam de ajuda externa. O que observamos com relação à condição de morar sozinho, é que dois aspectos são sempre pensados; as condições de saúde e o desempenho funcional que garante ao idoso, a autonomia para se manter sozinho. Assim, nosso estudo procurou saber até que ponto, eles estariam mais vulneráveis por viverem em domicílios unipessoais e como estes se socorrem.

Quando se fala em uma situação de emergência, a primeira coisa que vem à mente é o desejo ou o impulso de procurar o serviço médico o que não aconteceu com alguns de nossos entrevistados: **B.** relata que não chamou ninguém porque estava sozinho: *“aí eu peguei botei a cadeira pra lá fiquei um pouquinho aqui... sai lá fora eu tenho um remédio passei ... ninguém ficou sabendo que eu cai não. (...).*

Observamos que os idosos na maioria das vezes preferem recorrer à automedicação e ao autocuidado a procurar o serviço de saúde. Segundo eles, a procura é demorada e nem sempre satisfatória, como vemos no relato de **M.** “*Aí no dia seguinte de manhã, eu não sabia que pronto atendimento era 24 horas, eu pensei vai abrir só 8 horas, aí fui lá no pronto atendimento na Unimed depois das 8 e... aí tiraram radiografia e não me falaram nada!*”. A fala de **M.** mostra também a incerteza da gravidade ou do que ocorreu mesmo após a consulta e exames: “*Acho que não quebrou nada, mas ficou dois meses doendo né só.. O médico que me atendeu não era ortopedista... ele falou assim ‘você vai continuar sentindo essa dor por quinze dias ele falou’... Não foi só quinze dias não, foi dois meses de dor*”. **B.** declara que não sentiu necessidade de procurar o atendimento “*aí eu peguei botei a cadeira pra lá, fiquei um pouquinho aqui... sai lá fora eu tenho um remédio passei ...*”. **D.** buscou ajuda diretamente na farmácia “*... o pé inchou aqui a junta do pé (aponta para o pé) ficou uns dia inchado, aí eu fui lá na farmácia, ele deu uns remedinhos, uma coisa, parece que deu uma melhorada*”. **A.** foi em busca da assistência depois de sentir bastante dor: “*... hora que eu fui no banheiro fazer xixi eu senti a dor não conseguia sentar, aí foi onde que o médico falou que rebentou os vasinhos né por isso que eu não aguentava de dor*”. Ela também relata que seus medicamentos anteriores colaboraram para a melhora do quadro pós-queda: “*Aí ficou preto cor desta brusa sua assim, e foi descendo, descendo foi parar lá no dedinho o coágulo né, sorte que o doutor falou que eu tomava aquele AAS que circula o sangue senão ia dar um coagulo ali e ia ser complicado*”.

En. identificou de imediato a fratura e foi se arrastando para chamar pela ambulância, com certo desespero: “*que eu fiquei desesperada, que meu pé ficava pra cá e pra lá... eu falei pronto... uma cirurgia! (...) não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar, quando eu consegui eu falei*”. Mas primeiro ela ligou para sua nora: “*L. do céu, SOCORRO! SOCORRO! que eu tô aqui no chão*”, ela veio ... eu tive que guiar ela, porque o que que nós vamos fazer? O que que vamos fazer? ...chamar a ambulância né!”. Já o discurso de **An.**, destaca sua ação de ir buscar assistência médica por si mesma:

“Eu levantei! Peguei o carro! E fui pro Santa Rita! (risos) Sozinha! Fui bastante orgulhosa, em não te, pedido ajuda, depois levei bronca dos vizinhos, bronca das minhas irmãs, do meu irmão, mas já tinha feito já tinha ido pro hospital, já fiquei lá um dia inteiro, me socorreram, e fui bem atendida lá no hospital o médico é meu médico até hoje, ainda me atende até hoje graças a Deus”.

Essas situações vivenciadas demonstram que o indivíduo no pós-queda se analisa e após ver ou sentir a gravidade do fato busca assistência médica especializada. Essa busca não é realizada exatamente após o ocorrido, pois apenas as entrevistadas **An.** e **En.** buscaram ajuda e assistência médica, enquanto **M.** e **A** buscaram assistência em posto de saúde e **D.** na farmácia e os outros 5 restantes não buscaram assistência médica.

4.6 “*Marcos você aceita tomar um café de veio?*”: Reflexões sobre a técnica da observação participante

Na técnica da observação participante, o pesquisador tem a oportunidade de estar diretamente envolvido no contexto de vida do indivíduo. A cultura do oferecer um “café” foi percebida em 4/10 entrevistadas, todas do gênero feminino. Essa oferta se deu após desligarmos os instrumentos de coleta oficiais da entrevista (gravador de voz e de vídeo). Por se tratar de um momento de interação social, não fizemos questão de registrar nos instrumentos, mas tomamos nota e observamos os indivíduos realizando a atividade. Assim, novas informações emergiram desse contato.

L., durante a ligação para a confirmação da data e da hora da visita chegou a consultar se gostávamos de bolo de fubá e após a entrevista ela me ofereceu um café, preparou a mesa e pediu desculpas pelo bolo não ter saído como esperava. Nesse momento, **L.** contou detalhes do dia em que seu marido faleceu, suas emoções por ter perdido um companheiro de 56 anos de convívio, me disse que foi muito triste tê-lo perdido e que levou muito tempo pra reaprender a viver sozinha. No momento do café, **L.** se emocionou ao nos dizer da sua impotência em ajudar o filho que reside fora e que precisa de auxílio financeira. Seu sonho é visitar o Santuário de Fátima em Portugal e disse que está economizando para isso. **L.** foi bastante cordial e mostrou-se solitária e carente de visitas: “...*Venha sempre tomar um café comigo... traga sua esposa e seus filhos...*”.

Na residência de **En.**, após terminarmos a entrevista, ela nos convidou para um chá e pudemos observar que **En.** tinha uma forma especial de se locomover na cozinha com o uso de um andador. Ela se apoia nos mobiliários e dispensa o andador, percebemos que ela tem uma desenvoltura própria zelando pela segurança e evitando acidentes. Durante o chá, ela nos falou de suas plantas, sua rotina para fazer compras limpar a residência, tomar banho, ainda me confidenciou que mora sozinha e que gosta, mas alguns dias sente falta de alguém para dividir uma xícara de chá.



Figura 17: Mesa preparada para café e conversa sem instrumentos de coleta (vídeo e voz) com a entrevistada An.
Fonte: Acervo Pessoal

Após fotografar a residência de **C.** e guardar os materiais ela falou: “*Marcos, você aceita tomar um café de veio?*”, **C.** fez questão de servir-me o café em uma xícara de porcelana retirada de uma cristaleira antiga, em um gesto cordial, denotando a importância da minha visita e tomou o seu café em uma xícara comum. Durante o café, conversamos aleatoriamente sobre vários assuntos, café, preços, mercados, localização do imóvel, limpeza de residência, produtos e filhos... Após o café, ela me agradeceu: “... *falei com meu filho, que vinha um rapaz fazer um pesquisa comigo e ele foi contra, mas eu falei pra ele, o rapais é gente boa, cantou e rezou o terço com nós lá SESC não deve ser gente do mal*”.

An., ao final, nos ofereceu um café com certa sofisticação, ela abriu o armário apanhou um sachê e nos ofertou um café de máquina, e disse sorrindo: “*sou uma velha sofisticada, não faço mais café de coador, sou prática*”. Ofereceu-nos um bolo que teria feito especialmente para nos servir. **An.** comentou que morou no convento dos 15 aos 21 anos e que depois foi professora. Na sua história, ela relata que foi abandonada pelo noivo e que cuidou dos pais durante anos e agora ocupa as tardes prestando cuidados a uma irmã doente. Segundo ela, sua vida é ativa e segue recomendações médicas, em não deixar a mente vazia, por isso ela borda, pinta, faz artesanatos, hidroginástica, academia e não deixa de realizar suas orações diárias. Apesar da idade e das quedas, **An.** possui uma boa flexibilidade e se abaixou e levantou sem dificuldades durante a preparação da mesa e do café, tem uma marcha firme e segura. **An.** inclusive mostrou consciência de que sua cadela, Diana (fêmea da raça Pastor Alemão), pode derrubá-la algum dia (visto o porte do cachorro). Da janela da cozinha, e enquanto tomávamos o café, pudemos assistir ao belo

pôr-do-Sol de uma visão panorâmica da cidade de Maringá , ela nos confidenciou: “*Pois é... pena que não tenho companhia quase nunca para poder ver essa lindeza!*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emprego da técnica de observação participante beneficiou-nos para identificar situações que não perceberíamos com o uso de instrumentos e técnicas mais tradicionais (CORREIA, 2009). O acesso à residência dos idosos ajudou-os a despertar na memória o fato vivido no local, apontando, descrevendo, gesticulando e encenando o ocorrido. A presença do riso durante a narração confirmou que o fato não carrega peso e que esses indivíduos veem na queda algo natural. Olhar para a queda como algo que pode ser evitável tem sido o foco de campanhas públicas e, em especial, nos comentários de Schiaveto (2008), que apontam que até 1980 a comunidade científica defendia que a queda era considerada um evento natural e não previsível. Documentos e cartilhas apontam para a necessidade de se identificar e modificar os fatores de risco (MIRANDA; MOTA, 2010; PERRACINI, 2005), isso é foco de algumas ações de prevenção e promoção da saúde. Porém, algo mais precisa ser feito.

Os resultados demonstram que os indivíduos que moram sozinhos enfrentam no momento de pós-queda um desafio: o de se autoanalisar e o de buscar/acionar ajuda. Mas, além da descrição e da narração do fato, quisemos saber se eles alteraram efetivamente alguma coisa para evitar novas incidências. Acreditamos que a queda despertou um processo de aprendizagem, que a experiência acrescentou e desencadeou novos comportamentos. Vimos nos indivíduos que essas alterações ocorreram em todos eles e nossa conclusão indicou que 5/10 alteraram algum aspecto do e 5/10 indicaram mudanças comportamentais (embora, de certa forma, uma influencie na outra). A pesquisa confirmou que 60% das quedas foram dentro do espaço doméstico, nas salas, cozinhas e corredores e 40% nos arredores do quintal, confirmando as considerações de Messias e Neves (2009) que apontaram o interior das residências com o local de maior incidência de quedas.

Então, quando nos perguntamos ainda no início da pesquisa: Os idosos que residem sozinhos fazem alterações de ambiente ou comportamento após sofrerem queda no domicílio? A resposta parecia ser simplesmente sim ou não. Acreditando que a queda desencadeou novas experiências e aprendizagens, nos surpreendemos por identificar no grupo que não são ingênuos, que sabem dos riscos de queda, mas que ainda creditam ao ambiente as principais motivações para a queda. Do ponto de vista cognitivo, no entanto fomos ingênuos ao separar comportamento de ambiente uma vez que um está imbricado no outro. Há um acoplamento estrutural entre homem e ambiente (MATURANA; VARELA, 1987). Em nossa observação e ainda considerando a separação entre essas duas instâncias (ambiente e comportamento) vimos que 5 claramente indicaram rearranjos espaciais (com

movimentação dos móveis, *etc.*) e 5 indicaram nas falas as alterações de comportamento (deixaram de realizar a atividade que sofreram a queda ou mudaram os calçados e pisam com mais cuidado). Esse embate confirma que os idosos, após sofrerem quedas, não ficam passivos quanto a sua situação em casa e se atentam para diminuir os riscos e novas incidências.

Embora nossa pesquisa não tivesse a intenção de quantificar os dados, podemos extrapolar essas reflexões para outros grupos de indivíduos idosos. Percebemos que a condição de morar só, na residência unipessoal, condicionou em nossa pesquisa indivíduos com nível socioeconômico mais alto e que não representa boa parcela da população. Nossos indivíduos também se mostraram ativos nas AVD e somente um deles conta com a prestação de serviços de uma diarista uma vez na semana. Todos se mantêm com aposentadorias e pensões e dois deles relataram renda complementar de aluguéis de imóveis. Além disso, todos residem em casa própria.

Esse universo peculiar dos indivíduos estudados abriu novas perspectivas de pesquisa: uma ampliação do estudo com um número maior de indivíduos apontaria novos padrões e comportamentos frente à queda e as soluções? Fomos beneficiados por abordar idosos em lugares de circulação e divertimento (clubes de dança)? Isso teria condicionado os indivíduos mais ativos? Como acessar idosos mais sedentários e solitários?

A literatura que fala sobre a queda ainda aponta os fatores de risco e destaca os impactos da queda nos serviços de saúde e na saúde do indivíduo no geral. Essa é a abordagem dada por Netto, (2002), Guimarães *et al* (2004) e Boushon *et al.*, (2012) e de fato, a queda é um acontecimento que exige atenção e tem sua gravidade, mas nos surpreendemos com a naturalidade e comicidade do ato trazido pelas falas dos indivíduos, “*caiu, tchau e bença*”, disse **Es.** (meio que achando graça de si mesma). O “*tchau e bença*” da fala de **Es.** que poderia indicar um “adeus” na verdade reforça algo como “já foi” ou “já aconteceu”. Esses indivíduos não se vitimizaram e trouxeram um ímpeto de seguir a vida e continuar a viver sem “medo”.

Os indivíduos não se mostraram temerosos, aprenderam com o evento e alteraram um e outro aspecto de sua residência e quiseram nos mostrar autonomia. Eles evitam as quedas porque se protegem das consequências e todos se mostraram bastante conscientes dos fatores que levam à queda. Em **Es.** e **B.** ouvimos: “*eu me cuidei mais*”, mas reforçavam a todo momento que gostam e conseguem viver sozinhos. Esse aspecto remonta a consideração sobre a idade psicológica, quando percebemos nas falas dos idosos entrevistados que eles não admitem a idade que tem e fazem questão de mostrar o tempo

todo que são aptos a realizar as AVD e até atividades extravagantes como realizar pequenos reparos como pintura, subir em cadeiras para aguar plantas, usar escadas para apanhar materiais e objetos vistos nas ações e falas.

Durante a realização deste estudo, não encontramos autores que abordassem esse tema com o foco que demos. A literatura em português ainda está muito fixada em descrever os fatores de riscos e elencar causas e consequências, apontar estatisticamente os gastos provocados pelas internações e tratamentos decorrentes das quedas e fraturas que os idosos sofrem no domicílio, poucos referenciam as alterações e as emoções dessa população no pós- queda. Ainda mais, não foi achado ninguém que olhasse para a população com a percepção de que podemos aprender algo com eles, com sua experiência da queda. Camargos (2008) defende que a realidade dessa população ainda é pouco conhecida e merece mais investimentos em pesquisas. Ao invés de questionar como foi a queda também procuramos saber como foi o pós-queda e qual solução foi dada, não por um profissional da saúde, mas realizada e pensada por eles.

Os promotores da saúde então devem endereçar ações efetivas nesse reconhecimento das consequências e colaborar para que eles percebam os fatores de risco antes de sofrerem as quedas. As ações que permitiriam as visitas e os diálogos entre os idosos poderiam ser mais efetivas do que materiais instrucionais e educacionais. Uma pesquisa que identifica e promove esses encontros para se compartilhar as experiências das quedas seria um caminho interessante a ser trilhado na sequencia desta dissertação. Essa ideia veio da percepção de que os indivíduos conhecem os fatores de risco, sabem os motivos que levam a queda e que por vivenciarem trazem mais propriedade ao discurso. Todos souberam identificar o que os levaram à queda e todos conseguiam elencar os fatores da queda, para além daquele motivo que os levou.

Grupos de suporte mútuo, situações de diálogos entre eles poderiam colaborar para a criação de uma rede de cuidados que, além de ampliar o contato social entre os indivíduos, permitiriam a reflexão sobre o seu espaço. Percebemos inclusive no relato de um dos entrevistados que a rede social ajuda na observação da condição de saúde do outro, ao perceber a ausência de um dos seus amigos em um clube dançante, esse indivíduo se atentou e acionou os colegas que depois de uma visita à casa do amigo, perceberam que este estava mal de saúde (acamado). Um possível desdobramento da pesquisa é pensar em ações de promoção da saúde que criem condições para a formatação de uma rede de suporte social em que idosos cuidem de idosos. Como enfermeiros, inclusive vemos nessa rede uma condição para desafogar o sistema de saúde, criar sistema de vínculos e cuidado

mútuo e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida de indivíduos que residem sozinhos.

Apesar da ABNT (2005) defender a formação de ambientes coletivos com parâmetros e considerações onde o *design* universal assume critérios que prezam pela autonomia e funcionalidade, constatamos durante as visitas realizadas às residências unipessoais de idosos, a presença frequente de desníveis e obstáculos, que permaneciam sem mudança ambiental mesmo no pós- queda.

Pensamos observar os domicílios, não só para identificar os aspectos do ambiente físico citados, mas também para compreender como os idosos se portam nessas situações de incidências de quedas. Quais são os mecanismos e fontes principais de apoio em uma situação crítica? A quem ele chamaria numa queda? Essa percepção poderá ser aplicada em estudos futuros que envolvam equipes de atenção ao idoso.

O ambiente de uma residência unipessoal oferece particularidades que, embora pareçam inofensivas, podem atuar como obstáculos e representar riscos para a população idosa. Em nosso estudo 6/10 quedas aconteceram nos ambientes externos como varanda, calçada e escadas. Tapetes, obstáculos presentes em todas as residências, foram encontrados em até 4 cômodos diferentes (sala, quarto, banheiro, e cozinha) estando presentes em 8/10 dos banheiros visitados, enquanto no quintal as irregularidades no piso foram os obstáculos mais encontrados. Mas, pensar em estratégias de prevenção que apenas indiquem a retirada do tapete é desconsiderar que o tapete foi colocado por alguma razão “para deixar a casa mais bonita”. Como conciliar a diminuição dos riscos com o cuidado e a intenção de embelezar a casa?

Os relatos das quedas apontaram como sendo o ambiente o agente causador de acidentes com os idosos analisados. Vimos que os mesmos não atribuem as quedas às suas limitações ou infuncionalidades decorrentes do envelhecimento, para os idosos, elas sempre foram causadas por questões ambientais. A promoção da autonomia e a manutenção das funcionalidades no dia-a-dia não devem relacionar-se somente a fatores intrínsecos, mas também às características do ambiente físico, como condições do piso, desníveis, presença de obstáculos.

Durante as observações constatamos alguns artefatos ambientais que funcionam como facilitadores para esse grupo de idosos, tapetes antiderrapantes e cadeiras de banho nos banheiros, barras de apoio nos boxes, paredes e corrimãos nas escadas, facilitadores que proporcionam segurança ao idoso e beneficiam a funcionalidade no domicílio. Essa percepção ambiental deve ser considerada em políticas e nos modelos de casa que estão

sendo projetadas por arquitetos e por designers de objeto. Observamos também nesse estudo que tecnologia assistiva tem sido cada vez mais bem aceita pelos idosos para garantir a manutenção da autonomia com segurança, e não só como um elemento compensatório para algumas AVD.

O estudo foi realizado com idosos (65 a 85 anos) e mostrou-nos que algumas das alterações da fase do envelhecimento já se apresentam no início desse ciclo da vida, o que comprova que estratégias preventivas devem ser ativadas por parte dos idosos, dos familiares e das equipes de atenção à pessoa idosa. Considerando a demanda dessa população, faz-se necessário incrementar as pesquisas e criar estratégias, a fim de promover autonomia e qualidade de vida respeitando o desejo da formação dessa nova modalidade de moradia do idoso, a residência unipessoal. Essa configuração da residência merecer novos estudos porque essa população apresenta outros desafios, as pesquisas e o acesso a indivíduos mais sedentários ou solitários (sem assistência familiar ou profissional) devem ser uma preocupação e tema para a Promoção da Saúde.

Quanto aos aspectos gerais das residências, nos surpreendeu o cuidado e autonomia dos idosos no cuidar. As casas eram limpas, eles preferiam cozinhar em casa para se alimentar de forma mais saudável e havia a presença de frutas.

Por fim, políticas de apoio familiar e social devem ser incentivadas a fim de lutar contra o preconceito promovido por nossa cultura sobre o processo de envelhecimento. O contato e as relações estabelecidas durante a fase de coleta nos despertou a reflexão sobre o processo de envelhecimento. Impossível não traçar relações com nossa vida pessoal e dos nossos familiares. Ao ver esses indivíduos fazendo planos futuros, percebemos que o envelhecimento é um processo visto como algo próximo do fim, mas não limitante. Esses planos de um dia *“reformatar a casa”*, *“viajar para o Santuário de Fátima em Portugal”*, entre outros, são ricos porque mostram que os indivíduos não se entregaram ao sentimento de estagnação e cabe encerrar aqui com o relato da despedida de L.:

“L. me ofereceu um café, então voltamos à cozinha e ela foi preparar a mesa, trouxe então um bolo de fubá e a garrafa de café, antes de me servir me pediu desculpas, pois estava fazendo o bolo mas errou a receita, me disse que estava meio nervosa com minha visita e colocou leite quente na receita (risos). Durante o café, L. me contou detalhes do dia em que seu marido faleceu, suas emoções por ter perdido um companheiro de 56 anos de casado e que ela levou muito tempo pra se acostumar a viver sozinha, que apesar da visita diária do filho da nora e do neto, e difícil ficar só. Falou-me sobre os filhos que moram fora, sobre a dificuldade financeira de um deles e se emocionou ao me dizer da sua

impotência em ajudá-lo. É essa mãe que nos contou que está economizando para realizar um sonho, fazer uma viagem ao Santuário de Fátima em Portugal, disse que não é certeza de que vai, mas que ela está comprometida e gostaria de realizar esse sonho antes de morrer. Quando terminamos nossa conversa com L., ela me pediu: *‘Venha sempre tomar um café comigo... traga sua esposa e seus filhos..’*.. Aconselhamos aos Promotores da Saúde que tomem café com os idosos e aprendam com eles a planejar ações que visem a autonomia e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABNT. **Acessibilidade edificações mobiliários espaços e equipamentos urbanos**. [S.l.]: [s.n.], 2005.
- ALMEIDA, S. T. DE *et al.* Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Revista da associação médica brasileira**, jul. 2012. v. 58, n. 4, p. 427–433. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0104423012705389>>.
- ÁLVARES, L. M.; COSTA, L. R. Da; SILVA, R. A. Da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em pelotas, rio grande do sul, brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, 2010. p. 31–40.
- ANA AMÉLIA CAMARANO. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. [S.l.], 2001. p. 21.
- ANAT MIRELMAN; *, L. R. *et al.* V-time: a treadmill training program augmented by virtual reality to decrease fall risk in older adults: study design of a randomized controlled trial. [S.l.], 2013.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre-RS: Artmed, 2009.
- ANNIELE MARTINS SILVA, R. B. E S. R. A. G.; GISELA ROCHA DE SIQUEIRA. Fisioterapia em relação à marcha e ao equilíbrio em idosas. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, 2011. p. 207–213.
- ARAÚJO LF, COELHO CG, DE MENDONÇA ET, VAZ AVM, SIQUEIRA-BATISTA R, C. R. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no brasil. **Rev panam salud publica**, Viçosa MG, 2011. p. 80–86.
- ASSIS, M. E ARAÚJO, T. . Atividade e postura corporal. *In*: A.L. SALDANHA E, C. P.; CALDAS (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Ineterciên ed. Rio de Janeiro: 2 a edição, 2004, p. 83–86.
- ASSIS, M. De. Aspectos sociais do envelhecimento. *In*: SALDANHA, ASSUERO LUIZ; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p. 11–21.
- BARBOSA, FLÁVIA MARTINS GERVÁSIO; AURÉLIO DE MELO BRANDÃO, M. *et al.* Marcha de idosas e risco de quedas. **Revista movimenta**, [S.l.], 2012. p. 40–54.
- BARBOSA, M. T. Como avaliar quedas em idosos? São Paulo -SP: **Revista da associação médica brasileira**, jun. 2001. v. 47, n. 2, p. 93–94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa-Portugal: Edições 70, LDA, 2004.
- BARROS, C. . F. M. **Casa segura, uma arquitetura para a maturidade**. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2000.
- BARROS, C. F. M. Casa segura uma arquitetura para a maturidade. [S.l.], 2011.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo-SP: Hucitec, 1993.

BERTHOZ, A. **The brain's sense of movement**. Cambridge, MA: Havard University Press, 2002.

BIAN, Z.; CHAU, L.; MAGNENAT-THALMANN, N. A depth video approach for fall detection based on human joints height and falling velocity. **International conference on ...**, 2012. Disponível em: <http://www.ntu.edu.sg/home/elpchau/Conference_files/A_Depth_Video_Approach_for_Fall_Detection_Based_on_Human_Joins_Height_and_Falling_Velocity.pdf>.

BILGEL, F.; TRAN, K. C. The determinants of canadian provincial health expenditures: evidence from a dynamic panel. **Applied economics**, 2013. v. 45, n. 1–3, p. 201–212.

BOCCHINI, B. Estudo indica crescimento de 149% nos gastos do sus até 2030. **Agência brasil - empresa brasil de comunicação**, [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-11-27/estudo-indica-crescimento-de-149-nos-gastos-do-sus-ate-2030>>. Acesso em: 5 out. 2016.

BOUSHON, B. *et al.* **How-to guide: reducing patient injuries from falls. Institute for healthcare improvement**. [S.l.]: [s.n.], 2012. Disponível em: <www.IHI.org>.

BRASIL. Guia prático do cuidador. **Ministério da saúde, secretaria de atenção á saúde, secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde.**, [S.l.], 2008. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2006.

BRENDA C SPIILMAN. Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. **The milbank quartely**, 2004. p. 157–194.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, 2000. v. 5, n. 1, p. 163–177.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Rio de Janeiro: **Cad. saúde pública**, 2003. p. 773–781,.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos. Campinas SP: **Revista brasileira de estudos de população**, 2007. p. 37–51,.

CAMARGOS, MIRELA CASTRO SANTOS ; RODRIGUES, R. N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. **Xvi encontro nacional de estudos populacionais**, Caxambu MG, 2008.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista brasileira de estudos de população**, jun. 2011. v. 28, n. 1, p. 217–230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982011000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M. . Envelhecimento cerebral. In: N E.V. FREITAS., L. P.; A.L. NÉRI., F.A.X. CANÇADO., M.L. GORZONI, M. . e S. M. R. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª Edição ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 112–127.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Adaptação ambiental e doméstica. In:

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CORREIA, M. D. C. B. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar enfermagem**, 2009. v. 13, n. 2, p. 30–36.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação geriátrica ampla (aga). **Rev. ufg**, 2003. v. 5, n. 2.

COSTA, E. M. S. **Gerontodrama: a velhice em cena**. São Paulo -SP: Agora, 1998.

COSTA NETO MM. Atenção à saúde do idoso instabilidade postural e queda. **Cadernos de atenção básica**. Ministério ed. Brasília: [s.n.], 2000, p. 40 p.

COUTINHO, E. Da S. F.; SILVA, S. D. Da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Rio de Janeiro: **Cad. saúde pública**, 2002. p. 1359–1366.

CREWS, D. E.; ZAVOTKA, S. Aging, disability, and frailty: implications for universal design. **Journal of physiological anthropology**, 2006. v. 25, n. 1, p. 113–118. Disponível em: <<http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.JSTAGE/jpa2/25.113?from=CrossRef>>.

CRISTIANO SATHLER DOS REIS. **Envelhecimento populacional e gastos com internação do sus: uma análise realizada para todas as regiões do país entre 2000 e 2010**. [S.l.]: Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG, 2013.

DEBERT. GUITA GRIN. A reinvenção da velhice: socialização e reprivatização do envelhecimento. In: GONÇALVES MARLENE (Org.). **Pro-posições**. 2. ed. São Paulo - SP: Editora da Universidade de São Paulo, 1999, p. 38.

DELMONICO MJ, HARRIS TB, LEE JS, VISSER M, NEVITT M, KRITCHEVSKY SB, TYLAVSKY FA, N. A. Alternative definitions of sarcopenia, lower extremity performance, and functional impairment with aging in older men and women. **Journal of the american geriatrics society**, 2007. v. 55, p. 769–74.

DEMIRBILEK, O.; DEMIRKAN, H. Universal product design involving elderly users: a participatory design model. **Applied ergonomics**, jul. 2004. v. 35, n. 4, p. 361–370. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003687004000390>>.

DIAS, E. L. F. **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. 2ª edição ed. Campinas SP: editora unicamp, 2005.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2ª ed ed. São Paulo -SP: Atlas, 2006, p. 380.

EURICO THOMAZ DE CARVALHO FILHO; NETTO, M. P. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2005.

EVANS, S. That lot up there and us down here: social interaction and a sense of community in a mixed tenure uk retirement village. **Ageing and society**, 2009. v. 29, n. 2, p. 199–216.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. DA. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de saúde pública**, 2004. v. 38, n. 1, p. 93–9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14963547>>.

FELIPE L, CUNHA LC, CUNHA FC, CINTRA MT, G. DU. Presbivertigem como

causa de tontura no idoso. Belo Horizonte MG: **Pró-fono.**, 2008. p. 99–104.

FELIX, J. Economia da longevidade : uma revisão da bibliografia. **Vii enacontro da associação brasileira de economia da saude**, 2007. n. Viii, p. 1–17.

FERREIRA, A. B. De H. **Novo aurélio século xxi: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2AD.

FERRETTI F, LUNARDI D, B. L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. Curitiba: **Fisioter. mov**, 2013. p. 753–762.

FLORES, J. L. E. B. H. Desire for emotional closeness moderates the effectiveness of the social regulation of emotion. **Personality and individual differences**, 2012.

FONTAINE, R. **Psicologia do envelhecimento**. [S.l.]: [s.n.], 2000. V. 4.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ª edição ed. São Paulo -SP: Editora Paz e Terra, 1996.

GASPARRINI, S. *et al.* A depth-based fall detection system using a kinect® sensor. **Sensors (basel, switzerland)**, 2014. v. 14, n. 2, p. 2756–75. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3958279&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre-RS: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. ed. São Paulo -SP: Atlas, 2008.

GORZONI, M.L. E RUSSO, M. R. Envelhecimento respiratório. *In*: FREITAS, E.V., P.; L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M.L. E ROCHA, S. M. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 340–343.

GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al.* Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista neurociências**, 2004. v. 12, n. 2, p. 68–72.

HAGIST, C.; KOTLIKOFF, L. J. **Who's going broke: comparing healthcare costs in ten oecd countries**. (NBER, Org.). **Climate change 2013 - the physical science basis**. Cambridge-MA: National Bureau of Economic Research, 2005. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w11833>>.

HALL, B. H.; KHAN, B. Adoption of new technology. **New economy handbook**, 2002. n. November, p. 1–38.

HAYFLICK, L. **How and why we age**. Nova York: Ballantine Books, 1996.

HEPPLE RT. Sarcopenia: a critical perspective. **Sci aging knowledge environ**, 2003. v. 46, p. 31–40.

HOGAN, SEAMUS ; HOGAN, S. How will the ageing of the population affect health care needs and costs in the foreseeable future? **Discussion paper no.25**, New Zealand, 2002. p. 33.

HOGAN, M. Physical and cognitive activity and exercise for older adults: a review. **Journal aging hum dev**, 2005. v. v. 60, p. 95-126.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

- _____. **Censo demográfico 2009**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010a.
- _____. **Censo demográfico 2009**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **De geografia e estatística - ibge**. [S.l.]: [s.n.], 2011. V. 39.
- JANI, B., E RAJKUMAR, C. Ageing and vascular ageing. **Postgrad med journal**, 2006. v. v.82., p. 357–362.
- KALACHE, A. No title. **Revista exame**, 2015.
- KALACHE, A. Et. A. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Sao Paulo: **Rev.saúd e públ.**, 1997. p. 200–10.
- KEEHAN, S. P. *et al.* Age estimates in the national health accounts. 2004. v. 1, n. 1, p. 1–16.
- KOVÁCS, M. J.; VAICIUNAS, N. Ciclo da existência: envelhecimento - desenvolvimento humano e autoconhecimento. In: KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e existência humana - caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. São Paulo - SP: Grupo Gen, 2008, p. 96–111.
- LAN, M. *et al.* Smartfall: an automatic fall detection system based on subsequence matching for the smartcane. **Sensors peterborough nh**, 2009. p. 8. Disponível em: <<http://eudl.eu/doi/10.4108/ICST.BODYNETS2009.5873>>.
- LIMA, A. B. R. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade**. [S.l.]: Universidade de Brasília., 2011.
- LIMA, M. A. D. Da S.; ALMEIDA, M. C. P. De; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, 1999. v. 20, n. esp., p. 130–142.
- LOPES, M. C. D. L. *et al.* Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare enferm**, 2007. v. 12, n. 4, p. 472–477.
- LUŠTREK, M.; KALUŽA, B. Fall detection and activity recognition with machine learning. **Informatica**, 2008. v. 33, p. 205–212.
- MACHADO, T. R. *et al.* Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Revista eletrônica de enfermagem**, 2009. v. 11, n. 1, p. 32–38. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>>.
- MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R. . Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **R. bras. ci e mov**, Natal – RN, jan. . p. 37–44.
- MAIA, L. De A.; KALACHE, A. “o brasil envelheceu antes de enriquecer”. **Revista exame (online)**, [S.l.], 2015. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/o-brasil-envelheceu-antes-de-enriquecer-diz-especialista>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- MARCON, S. S.; ELSSEN, I. Estudo qualitativo utilizando observação participante - análise de uma experiência. **Acta scientiarum. biological sciences**, 2008. v. 22, n. 2, p. 637–647. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciBiolSci/article/view/2999>>.
- MASTRANDEIA, L. **Avaliação da marcha em idosas ativas e sedentárias**. [S.l.]:

FACULDADE DE MEDICINA DE SAO PAULO, 2008.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **The tree of knowledge: the biological roots of human understanding**. Boston, MA: Shambhala Publications, 1987.

MAURITTI, R. **Perspectivas sociológicas na análise da residência unipessoal**. CIES. Lisboa-Portugal: [s.n.], 2007. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/602>>.

MESSIAS, M.G.; NEVES, R. . A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Itabuna, BA, 2009. p. p.275-282.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^o ed. São Paulo -SP: Hucitec/ ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. [S.l.]: [s.n.], 2010.

MIRANDA, R. V.; MOTA, V. D. P. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. **Revista enfermagem integrada**, 2010. v. 3, n. 1, p. 453–464.

MIRIAM BERNARD, BERNADETTE BARTLAM, JULIUS SIM, S. B. Care for older people: life in an english purpose-built retirement village. **Journals cambridge**, 2011. v. 27, p. 555–78.

MONTES DE OCA; VERÓNICA; Redes de apoio social de personas mayores: marco teórico conceptual. **51 congreso internacional de americanistas**, Santiago de Chile, 2003.

MOTTA, L. . Processo de envelhecimento. In: CALDAS, A. L. S. e C. P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2^a edição ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p. 115–124.

MUBASHIR, M.; SHAO, L.; SEED, L. A survey on fall detection: principles and approaches. **Neurocomputing**, 2013. v. 100, p. 144–152. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925231212003153>>.

MULLER, P. [Home automation for elderly people in the process of losing their autonomy]. **Soins. gérontologie**, 2012. n. 93, p. 32–5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22519143>>.

NANDA, N. A. N. D. A. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação – 2001/2002**. [S.l.]: Artmed, 2002.

NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo -SP: Atheneu, 2002.

NEWELL, A. F.; GREGOR, P. Design for older and disabled people - where do we go from here? **Universal access in the information society**, nov. 2002. v. 2, n. 1, p. 3–7. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10209-002-0031-9>>.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health promotion international**, 1 jan. 1998. v. 13, n. 4, p. 349–364. Disponível em: <<http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/13.4.349>>.

Oms: número de idosos será maior que o de crianças em 2020. **The lancet**, [S.l.], 2014.

PAÚL, CONSTANÇA , FONSECA, A. M. Envelhercer em portugal. **Climepsi**.,

[S.l.], 2005.

PAULA, F. De L. **Envelhecimento e queda de idosos**. 1ª edição ed. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

PAULO DE TARSO VERAS FARINATTI ; LEONARDO NOBRE CODECEIRA LOPES. Amplitude e cadência do passo e componentes da aptidão muscular em idosos: um estudo correlacional multivariado. **Rev bras med esporte**, Rio de Janeiro, 2004. p. 389–394.

PEREIRA ET AL, S. R. . Quedas em idosos. **Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia // projeto diretrizes: associação médica brasileira e conselho federal de medicina**, [S.l.], 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/volume_1.php>. Acesso em: 3 fev. 2016.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar**. 1. ed. São Paulo -SP: UNIFESP-Escola Paulista de Medicina, 2005, p. 193–206.

PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: CARLOS, A. P.; HAMANO, L. H.; TRAVENSOLO, C. F. (Org.). **Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no lar das vovozinhas e lar dos vovozinhos da cidade de londrina**. São Paulo -SP: Revista Kairós, 2009, p. 1–20.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2009a, p. 45–55.

_____; _____. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ed. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2009b.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; CASA CIVIL. **Estatuto do idoso**. D.O.U 3.10.2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.

QUEVEDO, A. M. F. **Residências para idosos: critérios de projetos**. [S.l.]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

RAMOS, L. R. Et Al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Sao Paulo: **Rev. saúde públ**, 1987. p. 211–24,.

RAMOS JLC, MENEZES MR, M. E. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador Ba, [s.d.]. p. 43–54.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**. São Paulo -SP: Manole, 2007.

RIBEIRO, A. P. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosos**. [S.l.]: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, 2006.

_____. *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & saúde coletiva**, 2008. v. 13, n. 4, p. 1265–1273.

RICHARDSON, J. Ageing and the cost of health services. 1999.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**, 2002. v. 7, n. 4, p. 777–794. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

RYBCZYNSKI, W. **Casa pequena historia de de uma ideia**. Record ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002.

S. STUDENSKI; WOLTER, L. Instabilidade e quedas. *In*: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. (Org.). **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 193–200.

SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. De O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e sociedade**, set. 2008. v. 17, n. 3, p. 90–100. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

SANTOS, V. C. C. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira (dissertação de mestrado)**. [S.l.]: FioCruz: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <http://bvssp.ict.fiocruz.br/pdf/25775_santosvccm.pdf>.

SAÚDE, M. Da. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. caderno de atenção básica (normas e manuais técnicos – n.º 19)**. Brasília: [s.n.], 2007.

SCHARFSTEIN, E. A. **Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para idosos brasileiros na vida contemporânea**. [S.l.]: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. [S.l.]: Universidade Sao Paulo, 2008.

SESHAMANI, M.; GRAY, A. The impact of ageing on expenditures in the national health service. **Age and ageing**, 2002. v. 31, n. 4, p. 287–294.

SILVA, T. M.; , ADÉLIA YAEKO KYOSEN NAKATANI , ADENÍCIA CUSTÓDIA SILVA E SOUZA, M.; LIMA, Do C. S. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista eletrônica de enfermagem**, 2007. p. 64–78.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10^{oa} ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando- Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1980.

SWIFT, C. G. The role of medical assessment and intervention in the prevention of falls. **Age and ageing**, 2006. v. 35, n. Supplement 2, p. ii65-ii68.

TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A constituição de domicílios unipessoais em condomínio específico para idosos. **Revista enfermagem uerj**, 10 mar. 2015. v. 22, n. 5. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6565>>.

THIAGO MATTOS. **Gastos do sus chegarão a r\$ 63,5 bilhões até 2030**. Revista Exame.

TIM MILLER. No title. **Center for the economics and demography of aging**. California, 2000. p. 24.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JR, J. S. Prescrição de exercícios físicos para idosos. **Rev. saúde. com**, 2005. v. 1, n. 2, p. 163–172.

VANESSA PRATEANO. Cuidador, uma profissão de futuro | vida e cidadania | gazeta do povo. **Gazeta do povo - vida e cidadania**, [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/cuidador-uma-profissao-de-futuro->>

bw1sidcfvfuw2exn8r7ehpff2>. Acesso em: 5 out. 2016.

VERAS, R. . **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no brasil**. 1º ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará;, 1994.

VITTA. A, DE. Atividade física e bem-estar na velhice. *In*: A.L. NERI E S.A.FREIRE (Org.). **E por falar em boa velhice**. Papirus ed. Campinas SP: [s.n.], 2000, p. 25–38.

WHO. Who | the ottawa charter for health promotion. **First international conference on health promotion, ottawa, 21. november 1986**, 2013. p. 3–5. Disponível em:

<<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/\nfiles/162/en.html>>.

WHYTE, W. F. **Sociedade da esquina**. 4th ed. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 2005.

WILLETTS, D. **The pinch: how the baby boomers took their children’s future and how they can give it back**. London UK: Atlantic Press, 2010.

ZIMMERMAN, G. I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. setima ed. Porto Alegre-RS: Artmed Editora S/A, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Formulário para Triagem da Amostra

					
MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE					
FORMULÁRIO PARA TRIAGEM DA AMOSTRA					
FORMULÁRIO Nº				IDADE	
NOME					
ENDEREÇO				Nº	
BAIRRO				APTO	
CIDADE		FONE		CELULAR	
MORA SOZINHO(A)? () SIM () NÃO					
JÁ CAIU EM SUA RESIDÊNCIA? () SIM () NÃO					

APÊNDICE II – Formulário Socioeconômico

MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE UNICESUMAR										
FORMULÁRIO										
DATA				Hora da Entrevista						
1- DADOS PESSOAIS										
NOME				IDADE		GENERO	MASC ()	FEM ()		
ENDEREÇO						FONE				
ESTADO CIVIL	() CASADO	() SOLTEIRO		() VIÚVO			() SEPARADO			
ESCOLARIDADE	() FUNDAMENTAL		() MÉDIO		() SUPERIOR		ANALFABETO ()			
OBSERVAÇÃO										
PROFISSÃO										
APOSENTADO	() SIM	() NÃO		RENDA EXTRA			() SIM	() NÃO		
TEM FILHOS	() SIM	() NÃO								
FILHOS MORAM PERTO?	() SIM		() NÃO		FAZEM VISITAS			() SIM	() NÃO	
Com Qual Frequência?								1x Semana () 2x Semana () 3x Semana () + 3x Semana ()		
RELIGIÃO	() CATÓLICA		() EVANGÉLICA			() OUTRA				
2 - SITUAÇÃO DE SAÚDE										
APRESENTA OU JÁ APRESENTOU?										
() ARTRITE REUMATOIDE		() HIPERTENSÃO				() ALZHEIMER				
() ARTROSE		() DOR CRÔNICA				() PARKINSON				
() OSTEOPOROSE		() LABIRINTITE				() DISTROFIA MUSCULAR				
() DOENÇA		() AVC (DERRAME)				() FERIMENTOS				

VASCULAR				RECENTES	
() DIABETES		() ALTERAÇÕES DE VISÃO		() FRATURAS RECENTES	
() TRATAMENTO CONTÍNUO		() PRÓTESES		() OUTROS	
3 - SITUAÇÃO DE MORADIA					
HÁ QUANTO TEMPO MORA NESTA CASA?		() 1 A 5 ANOS		() 6 A 10 ANOS	
				() A MAIS DE 10 ANOS	
QTO TEMPO PERMANECE SOZINHO EM CASA POR DIA		() 4 hs		() 6 hs	
				() 8 hs	
				() 12hs	
				() 24h	
MORADIA	() PRÓPRIA	() ALUGADA	() CEDIDA		
CONSTRUÇÃO	() ALVENARIA	() MADEIRA	() OUTROS		
TIPO DE CASA	() TERREA	() EDÍCULA	() ASSOBRADADO		
() APTO					
4 - HISTÓRICO DE QUEDAS					
FREQUÊNCIA	() JÁ CAIU ?	() JÁ CAIU EM CASA	() JÁ CAIU NA RUA	() TEM MEDO ?	
QUANTAS VEZES	() UMA VEZ/ANO	() 2 A 3 VEZES/ANO	() 4 A 5 VEZES/ANO	() MAIS DE 5 x/ANO	
ONDE CAIU?	() NO BANHEIRO	() QUARTO/SALA	() COZINHA	() QUINTAL	
COMO CAIU?	() ESCORREGO U	() TROPEÇOU	() TONTURA		
	() TINHA DEGRAUS?		() DESNÍVEL		
CONSEQUÊNCIA:	FOI HOSPITALIZADO?		() SIM () NÃO		
	IMPEDIU AVD?		() SIM () NÃO		
5 - CAUSA DA QUEDA					
FATORES DE RISCO	() TAPETE SOLTO	() ESCADA	() PISO LISO	() ANIMAIS DOMÉSTICO	
	() MÁ ILUMINAÇÃO	() DESNÍVEL	() FALTA DE BARRAS	() MOVÉIS EXCESSO	
	() LABIRINTITE	() TONTURAS	() FRAQUEZA	() FERIDAS NO PÉ	
	() BAIXA VISÃO	() INSÔNIA	() FALTA DE EQUILÍBRIO	() HIPOTENSÃO	
	() OSTEOPOROSE	() ARTROS E	() INCONTINÊNCIA	() SEQUELAS	

APÊNDICE III: Roteiro da Entrevista (observação participante)

ROTEIRO DA ENTREVISTA NA RESIDÊNCIA DO IDOSO

Para este fim foi elaborado questionário semiestruturado como roteiro da entrevista na abordagem de observação participante. O roteiro foi baseado em dois roteiros presentes em pesquisas já realizadas (AGNELI, 2012) e (SANTANA, 2007) com intenções similares e adaptadas para os objetivos deste projeto. As dissertações acima abordavam o tema quedas e acessibilidade do idoso no domicílio.

Roteiro da entrevista:

1. Quando você caiu?
2. Onde você caiu?
3. Como foi que você caiu?
4. Como você se socorreu na queda?
5. O que você fez para evitar novas quedas?

APÊNDICE IV: TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DOS IDOSOS NO PÓS-QUEDA EM DOMÍLIO”

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores **Marcos Demétrius Barbosa** e **Tiago Franklin Lucena Rodrigues**, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “**Análise e reflexão sobre as experiências dos idosos no pós-queda em domicílio**”, cujo objetivo é: **Analisar soluções dos idosos pós-queda para redução da incidência no domicílio**. Os dados serão coletados através de um questionário semiestruturado e entrevista, e analisados seguindo o Método de Análise de Conteúdo Bardin (2007). Ainda fui esclarecido (a) que não há nenhum tipo de risco ao me submeter a esses procedimentos. E que ficarei com uma cópia deste documento. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados desses procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que sejam mantidas em sigilo as informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde física e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Dessa forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____,

após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas

CONCORDO VOLUNTARIAMENTE.

Maringá, / / .

Eu, Marcos Demétrius Barbosa declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome:	Marcos Demétrius Barbosa		
Endereço:	UNICESUMAR - Centro Universitário Cesumar, Av: Guedner		
Bairro:	Jardim Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	PR
Fones:	(44) 3221-6360	e-mail:	senacprof@gmail.com

Nome:	Tiago Franklin Rodrigues Lucena		
Endereço:	UNICESUMAR - Centro Universitário Cesumar, Av: Guedner		
Bairro:	Jardim Aclimação		
Cidade:	Maringá	UF:	PR
Fones:	(44) 3221-6360	e-mail:	tiagofranklin@gmail.com

APÊNDICE V: Transcrições da Entrevista

TRANSCRIÇÕES DA ENTREVISTA E DESCRIÇÃO DO MOMENTO DA VISITA

ENTREVISTA Nº 01

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE J.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei pontualmente às 09 horas, conforme havia combinado previamente com J., que já estava me esperando. Atendeu-me no portão, convidou-me para entrar, me recebeu na cozinha. A casa é feita em alvenaria possui sala, cozinha, dois quartos e banheiro social. Com cômodos de tamanho medianos com boa luminosidade e arejada. A lavanderia fica localizada na parte externa da casa em uma varanda que também serve de garagem. J. relatou ser filho de imigrantes italianos, possui um leve sotaque acentuando o a letra R nas palavras e diz que adora cozinhar para si diversas massas. Após explicar que a entrevista seria gravada, ele pediu licença foi até o quarto, trocou a camisa e quando viu que ia ser gravado em vídeo, penteou o cabelo. Tem 83 anos. Viúvo relata ter frequentado a escola por três meses, abandonou em função das dificuldades como a distância e os riscos inerentes para uma criança. Porém, diz que mais tarde pagou por aulas particulares à luz de lamparina para aprender escrever, a ler, e a fazer as quatro contas. Segundo ele, se fosse para a escola por muitos anos hoje seria um professor porque eu aprendi sem ir à escola. Como profissão, trabalhou em serviços braçais como servente de pedreiro. Hoje, é aposentado e tem como renda complementar a aposentadoria da esposa que morreu, e uma casa de aluguel. Têm quatro filhos, uma mora perto e os outros moram em cidades vizinhas porem quem mais o visita é a que mora ao lado.

Após responder a primeira etapa da entrevista, cujos dados sócio demográficos foram colhidos, liguei a filmadora e comecei a colher mais informações. Neste momento, percebi que J. apresentou certa dificuldade em entender o nome das doenças, então precisei, em alguns momentos, repetir as perguntas e traduzir alguns termos científicos como hipertensão arterial... Relata já ter operado o joelho. E sentir dor quando esforça.

Mora sozinho por opção faz dez anos e fica sozinho diariamente por 24 horas. Ao ser questionado se já havia caído em casa alguma vez, ele relata ter caído e aponta para a porta da cozinha e diz que o piso estava liso...

Ao ser questionado Como é que Senhor caiu? J. mostrou-se de certa forma irritado e repetiu a historia...

J - Uai, eu já não falei! ...”lavei o quintal ai, tirei o carçado, fui entrar pra dentro, tava moiado o piso aqui, escorregou o tapete”. Se não tivesse molhado, não tinha problema!

Embora tenha caído, J. diz que não sofreu nenhum machucado, não precisou procurar o médico ou hospital e nem atrapalhou as atividades de vida diária.

Solicitei a ele que nesta etapa me respondesse de forma descritiva às perguntas que lhe faria e comecei;

M - Quando foi que o senhor caiu?

J - (risos) agora você atrapaçou eu... Faz... dois meses acho? (Mostrou-se meio confuso e inseguro na resposta)

M- uns dois meses! Tá bom... É... Onde o senhor Caiu?

J - Uai, aqui ó!!!! (Respondeu apresentando um certo grau nervosismo)

M- Neste degrauzinho aí né?

J- Não, eu escorreguei o piso, o pé no piso eu tava descarço... (apontando para a porta da cozinha)

M- o senhor consegue descrever pra mim, o senhor já me falou isso várias vezes, mas o senhor consegue descrever como foi exatamente como o senhor caiu?

J- ué, por que você fica perguntando isso!

M- Por que eu preciso, Sr. José, botar o seu relato na pesquisa.

J- (risos) eu... Já falei né... Lavei lá i, caiu água aqui, eu tirei o calçado lá foi pisa, pisei no piso aqui, a parte do tapete escorregou... (falou isso com ar de riso e apontando e gesticulando com as mãos) o tapete tava longe (concluiu).

M- Como é que o senhor se socorreu Sr. J.? O Sr. Chamou alguém ?

J- não, (sacode a cabeça negando) eu levantei logo, não cheguei bate a cabeça não...

M- não né, não chegou a dar tontura nem passar mal e nem nada...

J- eu botou a mão...

M-levantou! Sr. J. o que o senhor fez daquele dia pra frente, pra evitar novas quedas? Novos tombos? Quando o senhor vai lavar a calçada ali?

J- (pausa) eu não moiei mais! (risos)

M- não?

J- risos eu não moiei mais...

M- é né... Depois que o senhor caiu o senhor não lavou mais?

J- não lava eu lavo, mas eu enxugo primeiro aí pra... Depois pisa.

M- então está joia!...

ENTREVISTA Nº 02

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE B.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei à casa do senhor B. às 8h30min da manhã e o encontrei lavando a calçada da frente da casa, ao me ver chegar, ele me reconheceu prontamente e solicitou que eu entrasse, ele então desligou a mangueira enrolou e disse que não poderia me cumprimentar, pois estava com a mão suja. Ele então se dirigiu até o tanque lavou as mãos e voltou para o cumprimento. A casa de B. é uma casa simples pintada de azul claro com uma grade na frente que protege toda a varanda possui dois quartos, sala, cozinha e banheiro e uma varanda que circula a lateral e a frente da casa, a rampa de acesso que vai do portão da frente até a varanda possui dois degraus, é uma inclinação significativa

revestida por piso cerâmico liso, o que aponta para um fator de risco eminente. Entrei na sala onde realizei a entrevista. Expliquei a B. a parte burocrática da entrevista, dos formulários e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que a entrevista seria registrada em áudio e vídeo (filmagem e gravação de voz) e ele concordou, assim posicionei a câmera e liguei o gravador. Ele estava bem arrumado com jaqueta calça e sapatênis. Durante a entrevista, ele apresentou-se de forma confortável e desinibida, em momento algum da entrevista se sentiu intimidado pelo equipamento utilizado, B. relatou-me que não tinha dormido em casa, pois tinha ido visitar a namorada e como esfriou resolveu dormir por lá... (rimos).

Começamos a entrevista:

M - Bom dia senhor B., tive conversando com o senhor lá no baile e como eu havia dito a sua entrevista foi selecionada e hoje eu vim lhe fazer uma visita.

Iniciei solicitando o senhor B. que me contasse um pouco da história do bairro

Ele então se ajeitou na cadeira, ou melhor, no sofá onde estava sentado, fez um ar de felicidade, esboçou um sorriso e começou a dizer:

B - Moro nesse lugar, nesse cantinho tem mais de 40 anos, mudei aqui em 73 e quando cheguei praticamente não tinha nada por aqui ainda. Tinha muito pouca coisa, o que tinha era muita data vazia. Vizinho aqui não tinha quase nenhum. Aí quando meu irmão construiu uma casa lá em baixo (aponta), aí eu peguei e pensei - “agora está na hora de eu construí o meu cantinho também”. Eu já estava noivo pra casar, mas aí eu pensei, não vou casar pra morar embaixo da ponte, então eu desmanchei o casamento pra comprar esse terreno aqui. Ali na Praça Farroupilha tinha um corretor, aí eu fui lá e perguntei: “Escuta, ainda tem algum terreno por aqui?”. Aí ele falou que sim. Ele tinha um Fusquinha igual esse seu (referindo-se ao meu carro), e nós entramos dentro do Fusca e viemos dar uma passeada. Ele me mostrou um monte de terreno, um monte de lugar, mas eu gostei mesmo foi desse aqui. Aí eu escolhi aqui só que tava num mato que dava medo. Mas, como eu era um carinha fudido, eu não tive medo não. Não tinha tempo ruim comigo, eu saí de lá peguei uma enxada amolei, peguei uma garrafa d'água, eu piquei o pau... Carpi só num dia.

M - Num dia??!

B - Aqui são 480 metros.

M - Rapaz, Isso aqui é uma chácara!

B- Quando foi cinco e pouquinho tava tudo terminado, aí eu enlerei tudo, deixei secar e taquei fogo... Passando mais um tempo, o mato subiu de novo. Aí eu vim de novo,

só que agora eu plantei mamona, que mamona não deixa mato subir. Pra poder construir, eu taquei o pau, trabalhava todo dia até meia noite fazendo hora extra para ganhar um dinheirinho e ir comprando as coisas pra construir meu ranchinho. O dinheiro que eu ia ganhando eu ia guardando e comprando as coisas e encostando ali no cantinho aí o pedreiro que construiu aqui pra mim morava aí na frente aí onde está o pé de manga tinha uma casa, ali morava o pai dele né ele morava, mas lá pra baixo. Mas ele vive aí. Aí ele veio e construiu esses dois cômodos aqui e eu fiquei nesses cômodos até casar. Depois que eu casei a finada minha mãe ainda morava comigo, depois eu tive minha primeira filha e depois de cinco anos veio mais outra. Aí a mulher falou: “ agora nós vamos fechar a fábrica só porque é que eu não quero mais filho”. Essas duas filhas, tão casadas. Uma casou e separou, mora aqui no fundo (em outra casa no mesmo terreno), a outra mora lá perto do Contorno Norte.

Olha, o começo foi **sacrificoso**, eu ganhava pouco um salário. Você não pagar aluguel dá pra compra tudo saúde, comida, escola né. Hoje eu tô sozinho aqui, tenho uma companheira que mora em lá em cima, tem vez que ela posa aqui, tem vez que eu vou aí poso lá; tem dia que ela vem faz almoço aqui pra mim outra hora eu janto lá, ontem mesmo, eu jantei lá, cheguei lá e o genro dela estava lá aí eu falei pra ele “oh cabra!”, mas ele gosta de mim porque eu sou um cara como se diz não sou aproveitador, eu gosto das coisas no limite, certo, nem mais nem menos, se alguém gostar do meu jeito é esse se não gostar, é esse mesmo, eu não tenho que mudar nada e até quando Deus permitir que eu vá viver na face da terra eu vou viver por aqui.

Depois que ele me contou essa história iniciei então processo da entrevista:

M- O senhor falou pra mim que trabalhava na prefeitura, no que o senhor trabalhava?

B- Eu trabalhava na prefeitura... Eu era jardineiro, cuidava de jardins

M- Por isso que tem esse jardim bonito aí na frente...

A entrevista:

M- O senhor tem duas filhas?

B- Uma mora no fundo e a outra no jardim Sumaré,

M- o senhor tem outra fonte de renda?

B- não tenho outra fonte de renda não, só a aposentadoria mesmo.

M- qual a sua escolaridade?

B- eu estudei o quarto ano da escola... Aí saí porque não vai dar pra continuar meu pai morreu e fui trabalhar pra sustentar a casa... Depois de adulto, veio umas mulheres dar

aulas pros homens aí na garagem... Eu falei: “escuta, vocês só dão aulas pra quem sabe, ou pra quem não sabe? Aí eu entrei junto com os colegas e aprendi umas partes que não sabia, depois de velho...

M- Recebe visitas dos filhos?

B- Na verdade, eles quase não vem aqui, é meio temporal, uma vez duas vez nesta base aí.

M- Tem religião definida?

B- Olha, (risos)... Desde quando nasci, eu nasci na religião católica, não sou um católico que vai na missa todo domingo... lá de vez em quando eu vou... vou na Aparecida do Norte... não frequento, mas não defamo a de ninguém, cada um vive a sua do jeito que quer...

M- e a saúde Sr. B. ?

B- Saúde num ponto ela está estável... Tenho problema no ouvido, na audição. Eu estou fazendo com o senhor porque o senhor esta falando alto... Se o senhor virar assim (virou a cabeça) eu não entendo ... Ontem fui fazer uma avaliação pra ver se uso aparelho.

M- Quando o senhor começou notar?

B - foi depois de uma certa idade, com 24 anos e eu trabalhei na Samba então eu peguei muita poeira...

M- No mais, está tudo bem?

B- Eu sofri um pouco com problema de rim, já tirei pedra umas oito vezes...

A- entrevista transcorreu com vários apontamentos.

M- o senhor mora sozinho por?

B - Moro sozinho um pouco é por opção, porque morar com os filhos é diferente... eu prefiro morar sozinho no meu cantinho ...não gosto de dar trabalho, se vocês quiser me visitar eu aceito mas eu prefiro ficar no meu cantinho sozinho. Esse o meu modo de viver. Moro aqui há mais de quarenta anos risos...

M- quanto tempo por dia o senhor fica sozinho?

B- Fico sozinho por mais de 12 horas no dia, assisto um filme, um jogo e faço alguma coisa pra passar o tempo. De vez em quando, chega algum, bate um papo... um conhecido, um amigo... Tenho um amigo que mora ali em cima que sempre me chama pra pescar...

Histórico de quedas:

M- O senhor já caiu dentro de casa?

B- Sim, só uma vez dentro de casa, mas já cai na rua de bicicleta...

M- Quando você caiu?

B- faz mais ou menos, quase 25 dias...

M- Onde você caiu?

B- aqui dentro de casa,...

M- Como foi que você caiu?

B- A cadeira escorregou, eu estava em cima da cadeira pintando a vista da porta do banheiro, e aí eu ponhei a latinha de tinta no chão e ponhei a cadeira com a guarda pra trás... e aí eu fui descer pra arrumar o outro lado e a cadeira escurregou pra trás, eu bati o osso do joelho no chão;... e naquela hora eu (esboçou uma cara de dor).

M- Como você se socorreu na queda?

B- não chamei ninguém por que eu tava sozinho... aí eu peguei botei a cadeira pra lá fiquei um pouquinho aqui... saí lá fora, eu tenho um remédio passei ... ninguém ficou sabendo que eu cai no chão. Se tivesse morrido ninguém ia saber quando chegasse eu ia estar esticado com o olho virado... (risos).

M- O que você fez para evitar novas quedas?

B- É fiquei mais alerta um pouco, né, aí eu peguei e ponhei um negócio embaixo... um tapete, pra não manchar o chão e não escorregar mais ...

Em uma observação geral do domicílio, avaliei um bom estado de organização, e higiene o que aponta para uma boa qualidade de vida... Com móveis em bom estado de conservação piso limpo, frutas e alimentos disponíveis, corredores sem móveis, encontrei somente um tapete dobrado aos pés da cama o qual orientei a retirar a fim de minimizar os riscos de quedas.

Após esclarecer sobre o TCLE, B. assinou e encerramos a entrevista.

ENTREVISTA Nº 03

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE M.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei à casa da senhora MS. na hora marcada, às 17 horas, toquei o interfone e fui prontamente atendido por ela. Ela apareceu na portaria trajando uma calça preta e uma blusa de lã cor de rosa um pouco inapropriada para o dia, porque a temperatura marcava em torno de 24°C. MS. foi muito simpática e acolhedora, logo de início, já fez questão de frisar que a portaria do seu prédio não possuía degraus. Tomamos o elevador e subimos ao

seu apartamento. Ainda na porta, MS. solicitou que eu não ligasse, pois a casa dela “era uma casa de japonês”, sorri e entrei. A casa de MS. é um apartamento de três quartos, sala cozinha banheiro social e lavanderia. Móveis tradicionais que, segundo ela, já estavam montados que ela mudou-se... Realmente não posso deixar de considerar a definição de MS. a respeito de sua casa, pois a impressão pessoal que tive foi a de que realmente a casa estava mal arrumada, se comparada com as outras casas já visitadas.

MS. escolheu se sentar no sofá, segundo ela, por ser o lugar que ela mais gosta de ficar na casa. Expliquei sobre os trâmites burocráticos da pesquisa, TCLE, os questionários e solicitei a permissão para filmar e gravar a entrevista, ela concordou, instalei e posicionei a câmera e iniciei a entrevista.

M- o que é uma casa de japonês, MS., que eu não sei o que é?

MS- tudo desarrumado e tudo lotado de coisa, né. E até minha irmã de Londrina quando vem aqui ela fica brava.

M- por quê?

MS- porque ela diz que junto muita tranqueira...

M- (risos) esta é a sua casa MS., ela tem que ter a sua cara.

MS- Ó eu tento arrumar... Eu penso eu quero isso aqui quase vazio, mas vai ficando cada vez mais...

Notei que MS. ficou constrangida com a situação da casa, então disse:

M- O importante MS., é você se sentir em casa, esse é o grande lance de se ter uma casa... Se você está se sentindo bem? Tá Ótimo...

MS. se mostrou muito preocupada em saber as respostas das perguntas da entrevista assim...

M- eu tenho aqui um roteiro, que você vai...

MS- e se eu não souber responder?

M- não... é coisa simples, MS.

MS- Porque lá no curso de memória que eu tô indo, eu esqueço muito. Aí, às vezes, ela faz um teste que eu não consigo fazer todos os testes... Assim ela dá um tempo pra fazer tudo e eu não consigo fazer tudo.

M- Não, mas aqui não tem tempo não. Aqui você tem o tempo que você precisar pra me responder... Você já caiu em casa?

MS- Então, eu cai da escada, porque eu subi na escada para tirar cobertor lá do guarda roupa, por isso que eu cai... Mas normalmente, do ano passado pra cá que notei que eu fiquei não sei se eu fiquei mais fraca, eu cambaleio bastante mas não cheguei cai ainda,

mas isso eu acho que aconteceu, depois que eu fui ajudar de cuidar da minha irmã que no final do ano retrasado ela faleceu de câncer. Ela tava forte, mas ficou meses hospitalizada, na Unimed e ela faleceu de um dia pro outro assim de câncer.

M- tá...

MS- mas, aí eu voltei eu fiquei assim cambaleante... e essa morte da minha irmã foi única irmã porque eu já perdi pai, mãe, outra irmã, sobrinhos nunca senti uma coisa ruim igual essa morte dessa minha irmã, e ela não era assim boa pra mim...quando era viva, era muito brava, qualquer coisa ela gritava batia era brava... mas, senti uma coisa tão estranha com essa morte da minha irmã, que tá difícil de cair à ficha.

M- E faz tempo que ela morreu?

MS- Dezembro de 2014. Já fez mais de um ano.

M- E quando foi que você caiu?

MS- Ah na escada foi dia 30 de Abril pra dia primeiro de Maio porque foi 1 hora dia primeiro de maio, uma hora da madrugada.

M- desse ano?...

MS- desse ano.

M- Onde foi que você caiu? No quarto?

MS- é, eu posso até mostrar... (sussurrando). Eu peguei a escada né, subi e eu já tinha pegado o cobertor, e quando olhei pra baixo assim, eu não tava no topo da escada eu tava no meio, e eu cai com tudo aí eu bati as costelas bati as costas e depois di (...), quando tava dando duas... não, acho que dois meses começou aparecer mancha aqui embaixo do olho.

M- MS. você já me falou, mas eu preciso que você me diga de novo... Como foi que você caiu?

MS- Ah, então, não foi tontura que deu não, de repente, quando eu olhei pra baixo assim (repetiu o movimento com a cabeça) na hora eu cai com tudo...

M- Certo.

MS- Cai com tudo...

M- Só olhou pra baixo e caiu?

MS- Olhei assim ó pra baixo (repetiu o movimento)

M- Como é que você fez pra se socorrer?

MS- Então, aí quando eu... Não tava bem depois porque doía muito a costela né, e eu não tava bem, aí, algumas pessoas que eu encontrava aí no corredor me perguntava o que eu tinha aí eu falava que eu cai. Aí as pessoas fala: “Porque que não me chamou?” a

peessoa fala, mas, era uma hora da madrugada eu ... eu não ia...; Bom é que dai eu levantei na hora, consegui levanta, GEMEEENDO! Eu gemia meio alto não queria nem saber se vizinhança tava ouvindo e eu fui deitar direto e joguei o cobertor por cima nem troquei, eu ia trocar o edredom pelo cobertor.

M- hum...

MS- Por causa do frio né... Nem troquei joguei por cima, deitei e fiquei gemendo quase a noite inteira... (pausa). Aí, no dia seguinte de manhã, eu não sabia que pronto atendimento era 24 horas, eu pensei vai abrir só 8 horas, aí fui lá no pronto atendimento na Unimed depois das 8.

M- certo.

MS- aí tiraram radiografia e não me falaram nada! Acho que não quebrou nada, mas ficou dois meses doendo né, só. O médico que me atendeu não era ortopedista... ele falou assim “você vai continuar sentindo essa dor por quinze dias ele falou”... Não foi só quinze dias não, foi dois meses de dor.

M- Dois meses!

MS- mas, foi aos poucos melhorando...

M- Esse Tombo, MS. essa queda, chegou atrapalhar você pra você fazer alguma atividade aqui dentro de casa como lavar roupa, limpar a casa, cozinhar por causa dessa dor desse tombo, isso chegou a atrapalhar você?

MS- Atrapalhou um pouco, eu por exemplo evitei de lavar roupa, de fazer limpeza de casa mas cozinhar eu cozinhei alguns dias também eu... eu não fui no restaurante porque quando eu esqueço deixar arroz de molho, que eu cozinho arroz integral pra mim, aí eu vou no restaurante comer por aí... mas, eu não fui porque eu não queria, porque quando eu almoço no restaurante eu como demais. Eu não queria encher de comida também e pra mim andando também como doía muito eu não saí.

M- MS. fala pra mim... O que é que você fez, depois que você caiu, pra evitar cair de novo?

MS- agora quando eu subo escada eu seguro com cuidado e eu vejo se eu tô descendo degrau por degrau, tomo mais cuidado, mas eu tô pensando di abaixo as lâmpada também ... porque a minha irmã de Londrina diz que o próprio eletricista dela que sugeriu de abaixar e ela abaixou. Mas pra mim... eu não chamei nenhum eletricista, mas eu tô pensando de chamar um dia pra abaixar.

M- certo

MS- mas eu não sei o que abaixo porque armário tá feito eu preciso dar uma reforma que tá descolando tudo, mas eu sei como que eu vou fazer porque eu sou baixinha né... eu tenho dificuldade de alcançar certas altura.

M- É né... Depois nós vamos ver o seu armário... MS. Existe aqui na sua casa algum ponto, por exemplo, que você considera de risco assim pra cair? Algum lugar, o banheiro?

MS- Não, não acho não, eu posso mostrar pra você, mas não acho não...

M- não, né.

MS- Inclusive a entrada do prédio eu acho bom que não tem escadaria.

M- é bom é bacana mesmo...

MS- mas eu não sei se eu vou mudar algum dia, eu tava pensando não sei se eu vou procurar uma casa de idoso ou ... porque minha irmã fala... Quando eu cheguei da Unimed, primeira coisa eu liguei pra minha irmã de Londrina, eu falei “cabei de chegar da Unimed, caí”, aí ela nem perguntou como que eu tava e já ficou brava porque que ela falou pra eu mudar pra Londrina e eu não quis... eu falei: Não é que eu não quis, num sei que eu vou fazer ainda.

M- E sua irmã mora com quem lá em Londrina?

MS- Ela mora sozinha também.

M- também?

MS- ela é ...

M- também é solteira?

MS- separada.

M- Ah, ela é separada. Mas ela tem filhos?

MS- não tem.

M- Não?

MS- Não. Por que ela perdeu o filho.

M- Ah tá. E você tem intenção M. de ir pra um asilo? Um Asilo não, uma casa, um lar uma instituição?

MS- eu não sei ainda como eu vou fazer, sabe por quê... é ... Num sei, tem gente que fala assim não contrata uma dama de companhia, mas mesmo que você contrate alguém pra ficar, tem que ter alguém pra administrar não é? Um parente alguma coisa... E eu tenho uma sobrinha agora, eu acho que duas em Maringá, mas uma não fala comigo. E meu sobrinho minha sobrinha que... que me dou mais, estão todos em São Paulo... Eu tenho sobrinha Rio de Janeiro, mas a gente não... é que eu também não ligo sabe, não

telefone pra eles, mas tem uma sobrinha de são Paulo que liga de vez em quando. Depois que ela foi visitar essa minha irmã que faleceu de câncer, que ela começou ligar assim ela liga pra minha irmã do Rio, minha Irmã de Londrina, meu irmão de Londrina, pra mim que ela começou ligar.

M- Certo... Então vamos lá dona M. conhecer a sua casa?

ENTREVISTA Nº 04

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE ES.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei ao endereço da casa de Es. e me deparei com uma casa de madeira pintada de Salmão, com um piso de caquinhos de cerâmicas na varanda e um jardim bem cuidado, bem com cara de casa de vó. Bati palmas e fui atendido pela Es., que veio me receber no portão da casa com as mãos molhadas que segundo estava lavando umas verduras para o almoço, verduras essas que fez questão de mostrar, mas não conseguia lembrar o nome. Es. estava vestida com um moletom e uma blusa de listras, e me disse que nem tinha se arrumado para me receber. Sua casa estava bem organizada e limpa embora seja “antiga”, a casa é composta por sala de estar, sala de jantar, dois quartos, banheiro social, cozinha e área de serviço com tanque e máquina de lavar roupas.

Sugeri a Es. que escolhesse um lugar para fazermos a entrevista e ela apontou a sala. Acomodou-se em uma cadeira branca plástica com uma almofada e me disse que ali ela se sentia segura e confortável, ofereceu-me o sofá, expliquei sobre como seria o processo e começamos:

M- Es., você já caiu aqui nesta casa?

E- já , (riso) (de nervosismo)

M- dentro da casa?

E- já cai lá fora, lá na área, eu estava aguardando as plantinhas lá (risos) (aponta). Eu tinha uma cadeira, assim aquelas cadeiras reforçadas de fórmica, mas ela... Sei lá... Acho que no descer, eu não vi a altura, então caiu... Mas aquele tem... Aquele tempo eu num, num, não aconteceu nada, nada! Não senti nada!(risos) praticamente nada né...

M- o Es., quando foi mais ou menos que você caiu?

E- Ah já faz tempo!

M- faz o que, uns quatro anos cinco anos?

E- Ah! Mais né... Por aí, isso... Nesta faixa.

E- aqui também no ombro, (toca o ombro) quando eu caí... caí na cidade. Também tava chuvoso! Escorregadio!...

M- você falou pra mim que caiu aguando as plantinhas...né?

E- isso, aguando as plantas...

M- onde foi exatamente que você caiu Es.?

E- na área de, lá fora, de serviço (sorri e aponta)

M- É e como é que foi que você caiu?

E- eu caí...não olhar na altura, eu não vi...(faz um movimento representando a queda)

M- tem um degrau lá?

E- é e caí lá ... Não vi. Mas... (ergue os ombros) naqueles anos não aconteceu nada... Pra mim foi tudo bem... Não Deu nada (passa as mãos pelos corpo).

M- Certo... Fora aquela queda, fora essa queda lá tem uma outra que você tenha caído aqui...?

E- Não... Aqui não, caí na rua...

M- É como é que você se socorreu, Es., na queda? Quando você caiu, como é que você fez pra se socorrer?

Ao ser questionada, Es. me descreve sua queda na rua... Sem interromper ouço e refaço a pergunta:

M- Então tá jóia... Quando você caiu ali. Aqui dentro, você diz que caiu aguando as plantinhas, o que você fez pra se socorrer? Você chamou alguém?

E- Não, nada, ninguém, ninguém...

M- caiu!

E- Caiu, tchau e bença...

M- levantou!?

E- levantei e fiquei na minha... mas, num ... num fiz nada. Não aconteceu nada de raspar de... Nada.

M- foi só susto?

E- ã?

M- foi só o susto da queda?

E- (risos) ... foi.

M- o Es. depois que você caiu, aqui, o que é que. Aqui, dentro de casa. Depois que você caiu o que é que você fez pra evitar cair de novo?

E- A eu me cuidei mais... no subir, no descer...né eu fiz uma parte mais...(com ar de riso faz uma movimento com a cabeça concordando com a tomada de decisão).

M- até hoje você se cuida assim?

E- eu se cuido...

Entramos assim para responder o questionário sócio cultural.

De uma maneira geral, a casa é bem organizada, sem riscos ou fatores que possam causar acidentes, não usa tapetes, a casa possui apenas um desnível para entrar nos quartos, ainda não tem barras no banheiro, porém ela diz que ainda não precisa, na área de serviço e onde ela caiu o piso é liso pergunto se ela gostaria de mudar algo em sua casa e ela diz que tem um sonho reformar a casa, mas não mudar da casa, só melhorar a casa.

ENTREVISTA Nº 05

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE A.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei a casa de A. um pouquinho antes do combinado às 14:50, dona A. já me aguardava com uma certa ansiedade, me recebeu no portão, toda arrumada, com os cabelos escovados, perfumada trajando uma blusa de linha bordada e calça estampada com sandálias havaiana, perguntei a ela se não estava com frio e ela me respondeu que havia saído do banho e não sentia frio, se esfriasse, colocaria outra blusa. Convidou-me a entrar e acomodou-me na sala, sentou-se no sofá e ainda me falou ser o melhor lugar da casa depois do quarto. A casa de A. é uma casa pequena, de meia data segundo ela, porém possui dois quartos, sala cozinha banheiro e área de serviço. Tudo muito limpo e organizado, os locais de passagem todos livres sem presença de móveis ou tapetes ou vasos e adereços. O piso interno é frio e claro, porém liso o que denota risco de queda, defendido por A., quando diz que só anda em casa de chinelo havaianas.

Expliquei a ela sobre os questionários e o termo de consentimento, falei que a entrevista seria gravada e filmada e pedi autorização. Ela brincou e me disse que era muito velha e feia pra ser filmada... Eu sorri e respondi que ela não tinha noção da beleza eu enxergava naqueles cabelos brancos.

Posicionei a câmera, liguei o gravador e iniciei a entrevista

M- A. a senhora já caiu em casa?

A- já...

M- a senhora mora sozinha?

A- sim

M- então, por morar sozinha e já ter caído em casa a senhora muito me interessa... então, vamos começar...

M- eu queria que a senhora me dissesse quando foi que a senhora caiu?

A- ai, fio, eu não lembro agora(risos)

M- uns quatro anos? Cinco anos?

A- NÃO... seis meses mais ou menos...

M- onde foi que a senhora caiu?

A- na área da sala (apontou).

M- na varanda da sala! Beleza... Como foi que a senhora caiu?

A- É segundo eu joguei sabão caseiro né, aquele sabão feito em casa, e tava muito espumoso, e eu dei uma passo longo né, peguei só o carcanha, foi onde que eu corrupeiei de lado assim e caí (riso).

M- certo... Aqui na varanda a senhora caiu?

A- isso.

M- fala pra mim, como é que a senhora fez pra se socorrer na queda?

A- Sim na hora eu caí, o G. viu né ele tava ali fora, meu filho, aí ele veio, pediu pro filhinho dele ir lá buscar a chave... que eles têm uma chave minha também lá ... de todas portas, aí, nessas altura eu consegui levantar sozinha né, levantei!!! Cabeí de enxaguar tudo!!! Sequei!!! Aí as consequências veio depois. Dali uma meia hora mais ou menos. Ainda limpei pra cá, tomei um banho, terminei a janta... hora que eu fui no banheiro fazer xixi eu senti a dor não conseguia sentar, ai foi onde que o médico falou que rebentou os vasilhos né, por isso que eu não aguentava de dor. Ai ficou preto, cor desta brusa sua assim, e foi descendo, descendo foi parar lá no dedinho o coagulo né, sorte que o doutor falou que eu tomava aquele AAS que circula o sangue senão ia dar um coagulo ali e ia ser complicado.

M- perigoso fazer uma trombose... Mas não chegou a quebrar nada não?

A- Graças Deus não.

M- É... depois disso o que a senhora fez pra evitar novas quedas?

A- eu tirei esse sabão ai. (risos) nada de sabão mais... né, não deixo nada assim, me atrapalhando o caminho também. Né, inclusive esse rack tava mais pra lá, eu já juntei ele mais pra cá também, vai que eu passo aqui né, e tropico. Tapete, também tirei bastante, não uso mais tapete quase, porque tapete costuma muito fazer a gente caí... Então eu livreí um pouco de tapete também... Pra que só pra mim lavar depois e cai também.

M- então tá joia... e segui com entrevista socioeconômica.

ENTREVISTA Nº 06

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE En.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei à casa da En. e fui recepcionado no portão por uma senhora trôpega, andando com auxílio de um andador... Com um sorriso encantador no rosto. Trajando calça, blusa e sandálias havaianas, convidou-me a entrar, sua casa é uma casa pequena composta por sala e cozinha conjugadas no mesmo ambiente dois quartos e banheiro. Tem uma arquitetura moderna, embora apresente sinais de desgastes na pintura e no piso... Possui um hall de entrada com degraus que dão para uma porta que não é mais utilizada segundo En., a entrada se dá por meio de uma rampa lateral (íngreme) que termina em uma porta de vidro na parede lateral da sala de estar. O interior é composto por mobiliário convencional e bem posicionado, a fim de dar espaço para a locomoção com o andador. O piso não tem características antiderrapantes, mas tem uma rusticidade que o deixa aderente. Após esse tour visual, pude observar também a ausência de tapetes e desníveis no interior.

Acomodados na sala ambiente claro e arejado, esclareci a En. os objetivos do trabalho, e solicitei autorização para filmar e gravar, com o consentimento dado, posicionei a câmera, liguei o gravador e comecei a entrevista:

En- quer que eu desligue a TV?

M- só se você... Bom pra gente não, não desviar o foco.

Após achar o ponto para o ângulo de filmagem iniciei a gravação.

M- Uma coisa que eu preciso saber, Quando foi que você caiu? Como você já caiu mais de uma vez, a gente pode até conversar, mas se ficar mais fácil, você pode me dizer só a última vez que você caiu... que tá mais fresca aí na memória.

En- eu acho que foi pé... (pensa um pouco) direito a última vez, não sei a data, mas uns dois anos.

M- tá

En- o primeiro faz três anos, foi um ano e pouco de diferença de um e de outro...

M- Certo ... E pode me falar então.

En- dai fraturou o tornozelo nos dois lados, eu tenho tala nos dois lados, o Dr. O. que fez né, e o osso esmagô, e eu não tenho osteoporose, eu não entendi por que... e foi aqui na porta. (aponta)

M- Certo. Foi aqui na porta?

Em- Foi... o cachorrinho bateu na minha “perta”, e eu tenho essa genética né, que herdei do meu pai... essa frouxidão né, você viu que pé é...

M- é

E- e o joelho também já tão tudo... então, com essa...com esse problema, facilitou as minhas quedas, né... E tô .. tô vivendo, na medida do possível eu vivo com esse problemas, uma das vezes eu fraturei a bacia... Dai foi mais simples porque dai não precisou... não fez cirurgia, dai só foi repouso e anti-inflamatório agora eu faço fisioterapia há praticamente, não feito na sequência, faz mais de nove anos (risos). Primeiro, foi hidroterapia, na piscina né, a aí agora eu faço particular, a fisioterapia, não que seja uma sequência de duas vezes por semana, mas que nem agora eu tô, um mês sem fazer né... e faço caminhada na piscina, porque não tem como andar na rua né, fazer caminhada como vocês têm costume de fazer, mas eu tenho essas atividade e isso enquanto eu puder eu tenho que fazer, pra não parar, né, isso foi conselho do Dr. A. , que foi sempre muito amigo, né, falou “En., se você quer continuar fazendo as tuas coisinhas dentro de casa, você faça isso, caminha na piscina e quando puder, faz a fisioterapia”. Agora eu arrumei essa pessoa maravilhosa, que não tem o preço assim tão alto, que eu posso pagar duas vezes por semana.

M- muito bom ...

Em- E, isso tá me ajudando muito, muito!!!

M- En. voltando um pouquinho aí pra gente falar da queda, você consegue me descrever como foi que você caiu ali?

Em- Sim; eu sei, que eu ia aguar minhas plantas né, eu tinha um (Spitz Alemão) aquele cachorrinho, que nossa tem um ciúme tremendo de mim, e ele veio pra me pegar na perna, eu me desequilibrei e fui parar lá (aponta) e bati as pernas...os pés ali(aponta) nessa... Nessa, queda aqui.

M- nessa guia né?

Em- é... E fiquei deitada aqui no chão. (aponta)

M- Fala pra mim uma coisa, como é que você fez pra se socorrer nessa queda?

E- Olha... Eu vim me arrastando, a primeira coisa que aconteceu que eu fiquei desesperada, que meu pé ficava pra cá e pra lá... eu falei pronto... uma cirurgia! Foi que já

me ocorreu né, porque o pé não parava no lugar! Eu vim me puxando ate aqui, (aponta) eu tinha o celular aqui no braço do sofá, meus filhos estavam em Blumenau, a M. H. estava em Natal, a L. tava pegando minha neta na escola... e a T. tava em Londrina, quer dizer que eu tava só com a L., ...cheguei... não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar, quando eu consegui eu falei “L. do céu, SOCORRO! SOCORRO! que eu tô aqui no chão”, ela veio ... eu tive que guiar ela, porque o que que nós vamos fazer? O que que vamos fazer? Chamar a ambulância né!

M- hum hum...

Em- primeira coisa, “ L., se vira aí, chama a ambulância, porque... eu tenho que ir pro hospital”... Meu Deus, ela ficou tão apavorada, que eu fiquei com medo de ter que acomodar, acudir ela (risos). Aí... daí onde que e... aí chegou a ambulância, eu falei, eu quero Dr. O., aí o médico da ambulância falou, olha tem que ser aonde tem lugar, não adianta cê querer isso ou aquilo, porque nós vamos ter que levar você onde que tem lugar....Aí !!! aonde que aconteceu de eu... que teve lugar foi no hospital Santa Rita, eu cheguei lá, a L. foi comigo né, aí aconteceu que... a L. falou “olha gente ela quer o Dr. O. Ele falou não primeiro aqui ela tem que passar pelos nossos médicos daqui. Aí eles me atenderam muito bem tudo, falou: Olha você vai ficar aqui essa noite, a gente vai pôr uma tala, fazer um RX, os procedimentos né, fizeram tudo isso e disse não tem problema a gente já avisa o Dr. O. , amanhã cedo você vai para o hospital Paraná, assim que tiver vaga.

Aí fui pro hospital Paraná, na outra manhã, eu do jeito que eu caí com aquela roupa, apavorada... eu falava, L. eu tenho que trocar de roupa pelo amor de Deus! Ela falou, você não tá suja, eu tinha acabado de tomar banho, eu falei tudo bem... Aí eu cheguei no hospital Paraná, Dr. O. não pôde vir naquela noite. Mas, já tava sabendo tudo o que tinha acontecido, o médico lá do Santa Rita, já se comunicou. Aí, no outro dia de manhã, ele apareceu, ele falou:” En., calma. Você, toma remédio pra coagulação, negócio de sangue né? Eu falei sim, tomo Plavix, hoje já tá com mais de treze anos que eu tomo, por causa da anginoplastia, que eu tenho estende na carótida e pra afinar meu sangue eu tomo isso, aí... ele falou, nos não podemos fazer a cirurgia, agora você quer ficar aqui? você quer ir pra casa? Nós temos que esperar cinco, pelo menos cinco dias pra fazer a cirurgia. Aí, neste meio tempo já tinha falado com o J. e com o P. dai, eles falaram vai querer ficar cinco dias lá no hospital? não vai pode fazer nada, tem que ficar na cama, falei não, eu quero ir pra casa. Dai eu vim pra casa, Ai! Mas foi problema né... com o pé com uma tala né, e com dor... dai foi tudo bem, desta vez não teve vaga no Paraná, eu fui fazer, foi feito

a cirurgia na...no hospital do câncer, aí eu fiquei acho que só uma noite e vim pra casa... dai já tiveram que providenciar enfermeira, fiquei, acho que 40 dias com enfermeira porque não podia por o pé no chão, e foi aquele problema né ... de depois quando tinha que fazer os curativos, tinha que ir com a ambulância, porque como que ... Tentaram fazer eu ir de cadeira de rodas não tinha jeito, e foi acho que com 2 meses que foi tirado...aí ficou aquela... aquele gesso, aquela, como é que se diz aquela bota que mais simples daí ele... é porque esse pé (aponta) o primeiro deu problema, porque a enfermeira, uma enfermeira formada tudo, fazia o meu banho... dava o meu banho lá do jeito dela, e não me secava o pé, e me deu problema. eu adquiri a... como é que foi? A erisipela. Aí, o Dr. I. quando eu cheguei no consultório, ele me levaram lá. (isso do segundo pé, acho que não podia pular?)

En- mas agora eu já pulei...(risos)

M- Não, não tem problema...

Em- (risos) ele olhou disse: “En., queira Deus que não seja uma trombose”, aí chegou uma pessoa lá com o aparelho portátil, fez o doopler, e falou graças a Deus não é, mas vai ser um tratamento bem rigoroso. A minha perna estava toda vermelha, e daí passou... aí quando eu fui tirar... terminou os curativos de tantos e tantos dias, aí o P. me levou e lá no consultório, já o Dr. O. falou olha, agora – isso 45 dias, agora é andador! Aí! O P. já passou na ortopedia e já comprou o andador. Eu falei: Nossa!!! Como que eu vou fazer agora? (Riso). Cheguei aqui em casa, ele falou, não mãe, se vira... meio chorando fui... e não larguei, não larguei mais o andador. Às vezes eu saio com a M. H., eu vou com a bengala, mas eu tenho que pegar no braço dela. E assim eu tô vivendo! Eu me acostumei tanto, tanto com o andador que eu vou a restaurantes, viajei, já fui até pra Primavera do Leste, que é lá em Mato grosso do Sul, o J. me pôs no avião aqui, e minha irmã me esperou lá num lugar que tinha aeroporto que eu não lembro o nome...porque lá em Primavera, só tem aeroporto para aviões da... que faz... irriga... faz, negócio de veneno na plantação né. E não deixei de fazer... porque eles querem me ver eu na ativa, agora que eu tô refugando, recusando, não quero ir... senão já me levaram no Aguativas, no Therma de Juremas, num monte de lugar... e o divertimento do J. é chegar nestes lugar e me carregar de cadeira de rodas pra cá e pra lá... e assim tá minha vida! Não deixo de fazer as coisas... já, a maioria das pessoas têm vergonha, eu falei, tô com as pernas, só que elas... não posso... Aqui eu ando, até vou às vezes até no portãozinho da casa do P., me agarrando sem nada, mas tem que se cuidar porque agora eu não posso mais quebrar nada(risos), porque os joelhos não me ajudam mais.

M- e aproveitando esse gancho de não posso quebrar nada, eu queria que você me dissesse uma coisa... O que foi que você fez depois desta queda, pra evitar novas quedas?

Em- óh... o que eu fiz a primeira coisa quando eu cheguei do hospital, cadê o meu Bob meu cachorrinho, A gente já doou... Nossa senhora!!! Para mim, aquilo foi... (emoção e olhos marejados) eu chorei acho que uns dois meses, mais... até hoje eu não posso lembrar porque ele era, sabe, o Spitz Alemão é uma graça, e ele era tão apegado comigo. Olhe, se você chegasse aqui na minha casa, eu tinha que acudi porque ele ia te agarrar nas pernas, de tanto ciúmes de mim, assim com os filhos, o P. e os de casa também. Então achei muita falta, mas... no mais tá tudo... pra mim eu não acho falta de nada, o que eu adquiri foi o hábito de lê, eu tô lendo bastante, só que agora não posso dizer se foi infelizmente ou foi pro meu bem a minha sobrinha me deu um livro de tinta, agora a M.H. diz “mãe, mas não pode a senhora é tão fanática na leitura agora vai só pintar?! “ Eu falei, tô com 78 anos, no meu primário não tinha lápis de cor, eu tô me divertindo (risos) tô aprendendo a pintar e assim olha, tem dias que eu fico triste porque as coisas acontecem na vida da gente, nesse tudo meio tempo eu perdi: uma irmã, depois perdi um irmão e agora perdi outro irmão e eu de sete eu sou a mais velha, eu tô aqui, com todos esses meus problemas que não são poucos, eu tomo na base de oi... de doze a treze remédios de uso contínuo, por isso que eu tô aqui vivo(risos).

M- porque se trata né En.!!!

E- e e e eu... essas extravagâncias poucas que eu faço ... aí, de vez em quando aquela vontade de doce.

M- hum

E- mas doce com açúcar, não com adoçante...

Conclui aqui a entrevista entrei agora com as respostas do questionário semiestruturado e no final fiz um registro fotográfico da residência do local da queda e das alterações feita depois das quedas.

Ao me ver guardando o equipamento, En. me ofereceu um chá, fez um esforço físico para levantar-se do sofá onde estava, apoiou-se no andador e foi para cozinha... aproximei-me do balcão e observei a preparação do chá. En. tem uma maneira própria de agir dentro de sua cozinha, não tem nada adaptada, porém ela se movimenta com cautela realizando movimentos pensados apoia-se nos mobiliários quando precisa afastar-se do andador.

Organizou bem a mesa e recusou minha ajuda por várias vezes, como que me provando que ela era capaz de fazer sozinha. Serviu-me o chá e se sentou, durante o chá, falamos sobre outros assuntos que incluíram, viagens, plantas, comidas, filhos... no discurso de En., pude observar uma melancolia quando falávamos de filhos, senti que apesar de receber a visita diária da filha, ela sente que aquela visita é uma obrigação e não prazerosa... “Ah! A M.H., vem, dá uma passada, come alguma coisa e vai embora...”, nosso momento “Chá das Cinco”, durou aproximadamente 25 minutos, e acabou com uma despedida emocionada de En. e um convite pra voltar mais vezes, selado com um abraço caloroso.

ENTREVISTA Nº 07

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE D.

M= ENTREVISTADOR

Cheguei à residência às 08h: 30 min, alguns minutos antes do combinado, pois dona D. solicitou que me adiantasse, pois havia surgido um compromisso familiar, uma neta que tinha nascido tinha dois dias e a ela teria que se adiantar. Ela me recebeu no portão, alegre, sorridente e simpática, e convidou-me a entrar, trajava calça preta, camisa estampada e uma blusa verde, com uma sapatilha, estava maquiada e penteada, pronta para sair. A casa de D. é grande com um jardim na frente e um pé de Manacá da Serra florido, do qual ela se orgulha muito, possui muitas folhagens e vasos na varanda, o piso tem uma textura antiderrapante, possui duas salas, três quartos e uma edícula onde tem a cozinha, a despensa, a lavanderia e mais um banheiro. Na sala de televisão, possui um aquário que, segundo relato, é o seu cantinho do sossego, pois ela deita no sofá, relaxa ouvindo o barulho da água(risos) e dorme sempre após o almoço.

Após um *tour* pela casa, nos acomodamos na sala de TV, expliquei a ela o objetivo da minha visita, o intuito central da minha pesquisa, solicitei autorização para gravar e filmar nossa entrevista, ela autorizou, e pediu que eu não reparasse, pois ela nem tinha se arrumado...(rimos). Posicionei a câmera, liguei o gravador e começamos a entrevista:

Antes de ligar o equipamento, dona D. me contou que ela era conhecida e chamada por todos por D., e me deixou a vontade para chamá-la pelo apelido.

M- Quando foi que a senhora caiu, dona D., mais ou menos assim já faz quanto tempo que a senhora caiu?

D- faz uns quatro ou cinco meses...

M- quatro meses, cinco... isso.

M- e fala pra mim uma coisa, onde foi que a senhora caiu?

D- ali na escada descendo (aponta)... Eu ia lá pra baixo lavar roupa, tinha chuviscado né, e eu escorreguei na escada. Caí, bati lá em baixo a bunda no chão, machuquei aqui a perna tudo (e passa a mão pelo corpo), o pé inchou aqui a junta do pé (aponta para o pé) ficou uns dia inchado, aí eu fui lá na farmácia, ele deu uns remedinhos, uma coisa, parece que deu uma melhorada, aí eu mandei botá o “escorremão” lá, pra mim pegá né...

M- certo! Como é que foi que a senhora caiu Dona D.?

D- pausa (...)

M- a senhora consegue descrever pra mim?... a senhora falou que estava molhado...

D- é ... tava molhado e eu ia lá pra baixo... e quando eu pensei que não, eu escorreguei, eu tava com um chinelo meio novo e desceu duma vez (gesticulando)... bati a bunda no chão (rindo)

M- certo... dona D., fala pra mim como é que a senhora se socorreu desta queda?

D- eu tava sozinha! eu fui rastando pra traz assim , fui até...cheguei na escada, sentei, nas escada e fiquei ali umas par de horas sozinha... aí que eu vi que não quebrou, só machucou bastante, aí eu levantei. Fui levantando devargazinho... devagarzinho, até que fiquei em pé.

M- hum, hum... Fala pra mim uma outra coisa agora... O que foi que a senhora fez pra evitar novas quedas, Dona D., depois que a senhora caiu?

D- a depois eu... ajeitei mais, pra não ficar... botei aquele negócio na parede pra ficar segurando, escorre mão, corrimão né...

M- isso...

D- e estou evitando o máximo que eu posso, não lavo calçada, porque se eu lavar eu escorrego, então eu evito, ando bem devagarinho porque a casa é toda ladrilhada lá pra baixo, eu ando bem devagarinho, pra não escorregar...

M- certo!!!

Assim, encerro a entrevista e começo a aplicar o questionário semiestruturado.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE L.

M= ENTREVISTADOR

Liguei por volta das 12:30 hs, para confirmar a visita, dona L., toda animada e simpática, confirmou o horário e me perguntou se eu gostava de bolo de fubá. Cheguei a casa as 14:10 vinte minutos antes do combinado, bati palmas e L. veio ao meu encontro no portão com um sorriso largo e uma simpatia peculiar. Trajava blusa de manga curta, calça e sandálias havaianas... A casa de dona L. é uma casa simples pintada de salmão, construída a um nível inferior ao nível da rua, o que exige logo na entrada uma rampa com uma inclinação aproximada de aproximadamente 60°, revestida com piso cerâmico liso, com duas rampas laterais e degraus no centro. O quintal é todo revestido com o mesmo piso, porém irregular, com ondulações e alguns buracos, o que deixa o ambiente perigoso. Na varanda da cozinha, temos um degrau de aproximadamente 10 cm de altura e o piso com irregularidades. A casa é composta por sala cozinha, três quartos e banheiro. Tudo muito limpo e arrumado, conforme se verifica nas fotos, com tapetes no banheiro e na porta da cozinha. Após me apresentar a casa, dona L. me convidou a sentar na cozinha, pois segundo ela era mais claro e estava mais fresco. Acomodado, expliquei a ela sobre o objetivo da minha visita, a pesquisa, o questionário, e o termo de consentimento livre e esclarecido, pedi autorização para filmar e fotografar a entrevista e a casa, ela me autorizou. Então, posicionei a filmadora, apanhei os questionários. L. se ajeitou na cadeira arrumou o cabelo, liguei a filmadora e iniciei a entrevista, em nenhum momento, a entrevistada mostrou - se incomodada ou constrangida com a câmera, e se portou bem frente ao equipamento utilizado.

M- a senhora mora sozinha?

L.- eu moro sozinha, assim à noite eu fico sozinha...

M- E eu preciso saber uma coisa, a senhora já caiu em casa?

L.- em casa eu já cai, só que faz muito tempo ... eu tava lavando a cozinha, e caí.

M- certo...

L.- já tá com uns quatro anos que aconteceu, eu escorreguei, um chinelo meio gastado né, aí tava meio já gastado, aí ... aí depois dessa vez eu procurei não usar mais chinelo, quando vai ficando véio, eu encosto.

M- certo

L.- esse chinelo havaiana...

M- e onde é que foi que a senhora caiu dona L..?

L.- a primeira vez foi aqui mesmo, nessa cozinha aqui, nesse local aqui, que eu tava esfregando a cozinha e de repente escorreguei... fui desligar a panela e fui sair rápido.

M- certo... e a senhora pode descrever pra mim como é que a senhora caiu?

L.- () pausa..

M- relatar...

L.- eu escorreguei com os dois pés (esboçou um ar de riso).

M os dois pés... beleza.

M- é... como é que a senhora fez, dona L..., pra se socorrer na queda?

L.- aí na hora, eu me assustei sabe, eu esperei um pouquinho pra ver se eu não tinha...não tinha nada sério né. Começou a doer o braço, porque eu também já tenho problema nos braços já dos tendão, aí eu virei do lado, assim eu fui tentei levanta, mas aí eu escorrei na parede e levantei, mas na hora num... também num.. só o braço mesmo que doeu a coluna também, graças a Deus num chego dar pobrema nenhum, eu tive sorte (risos).

M- hum. hum... e depois desta queda, dona L..., o que a senhora fez pra evitar novas quedas?

L.- a, eu sempre procuro usa uma botinha de borracha, que eu tenho aí, pra quando eu vou lavar, assim sempre e nunca usar o chinelo já velho porque ele gasta a sola, né, aí escorrega, né

M- a senhora chegou a trocar o piso alguma coisa?

L.- não, só os calçados mesmo...

M- só os calçados! E depois que a senhora usa a botinha de borrachas, não caiu mais?

L.- não, eu cai assim num... fora de casa.

M- mas em casa não?

L.- não, em casa não ...

M- então, beleza... Então, dona L... tranquilo... a senhora tem alguma coisa pra me dizer a mais dessa queda que a senhora caiu ou não?

L.- assim sobre...

M- assustou?

L.- assustei!!!(risos) assustei porque a gente, depois de uma idade, se quebra é difícil a gente sabe que se quebra é mais difícil pra consertar... vai ficar sempre sequela.

Após a realização da entrevista, L. me ofereceu um café, então voltamos à cozinha e ela foi preparar a mesa, trouxe então um bolo de fubá e a garrafa de café, antes de me

servir, me pediu desculpas, pois estava fazendo o bolo, mas errou a receita, me disse que estava meio nervosa com minha visita e colocou leite quente na receita (risos). Durante o café, L. me contou detalhes do dia em que seu marido faleceu, suas emoções por ter perdido um companheiro de 56 anos de casado, me disse que é muito triste perder o companheiro, que ela levou muito tempo pra se acostumar a viver sozinha, que, apesar da visita diária do filho, da nora e do neto, é difícil ficar só. Falou-me sobre os filhos que moram fora, sobre a dificuldade financeira de um deles e se emocionou ao me dizer da sua impotência em ajudar ...

Mas me contou que está economizando para realizar um sonho, fazer uma viagem ao Santuário de Fátima em Portugal, disse que não é certeza que vai, mas ela está comprometida e gostaria de realizar esse sonho antes de morrer...

Terminamos nossa conversa com L.me pedindo:

L.- “ Venha sempre tomar um café comigo... traga sua esposa e seus filhos...”.

ENTREVISTA Nº 09

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NA CASA DE C.

M= ENTREVISTADOR

C. mora em um condomínio familiar, entrei no condomínio, a casa de C. é a primeira casa, construída em alvenaria, em nível superior ao da rua, o que faz que tenha uma rampa com inclinação de aproximadamente 30º graus, revestida com uma cerâmica rústica que lhe concede uma boa aderência e não a deixa escorregadia, tem um jardim amplo que aparentemente estava em reforma, pois havia sinais de escavação e algumas plantas arrancadas. C. me aguardava na frente da casa trajando blusa de mangas curtas, calça comprida e sandálias havaianas customizadas, estava chupando uma laranja, e ao me reconhecer esboçou um sorriso e me acenou. Parei o carro, desci para cumprimentá-la, ela me recebeu bem, perguntou-me se encontrei fácil o endereço, e me contou rapidamente que aquele condomínio fazia parte das terras que seu pai possuía no passado, e que os filhos decidiram transformar em um espaço comum familiar para que todos morassem perto, para que uns cuidassem dos outros. Convidou-me para entrar... a casa é muito bonita, bem construída, com uma arquitetura convencional... possui uma varanda ampla na frente que também serve de garagem, no piso térreo, salas de jantar, estar e TV e um lavabo, cozinha lavanderia e um *stand hall* com cadeiras de jardim que, segundo C., serve para as conversas com os filhos em noites de verão. Uma escada em granito com degraus

estreitos e corrimão que leva ao piso superior, onde se encontra um quarto de hóspedes e uma suíte uma banheira de hidromassagem que foi usada pouquíssimas vezes, segundo ela, pois prefere conversar e passear, ao em vez de ficar de molho na água quente (risos). Durante a apresentação do domicílio, pude observar que, embora tenha a escada como maior fator de risco, a casa de C. também está de certa forma bem organizada para acolher um idoso, não encontrei nenhum obstáculo, nenhum tapete em áreas de circulação, os banheiros ainda não têm dispositivos de segurança como barras ou tapetes antiderrapantes, mas C. garante que ainda não precisa disso. A altura da cama é condizente à altura da entrevistada, o que facilita da entrada e a saída da cama, a casa é bem iluminada e arejada. Após a apresentação do domicílio, solicitei à C. que escolhesse um local para nossa conversa e filmagem, ela preferiu a sala de estar. Acomodamo-nos em dois sofás, e mostrando-se vaidosa, C. sugeriu que ela ficasse de costas para um quadro que tem na parede da sala, pois ficaria mais bonita naquele ângulo. Acatei sua sugestão, expliquei a ela sobre o procedimento a ser realizado e solicitei autorização para registrar em áudio e vídeo nossa conversa, ao entender que seria fotografada e filmada, fez questão de me mostrar uma revista local datada de 2012 em que ela participou de uma matéria e, com aparente elevada autoestima, comentou que ficou muito bonita. Expliquei a ela que nossas imagens não seriam vinculadas a nenhuma publicação daquele tipo, que a filmagem seria convertida em um texto por meio de uma transcrição, e que teria apenas cunho científico. Durante a entrevista, observei que C. não se intimidou em nenhum momento com a câmera ou com o gravador, portou-se de forma espontânea e natural.

Iniciamos então nossa coleta de dados:

M- então, eu gostaria de saber o seguinte: quando foi que a senhora caiu?

C.- a isso tem uns cinco anos atrás...

M- sei...

C.- e teve um dia também que descendo ali no terminal, aquela calçada que vai pra saí na avenida Brasil, tinha um buraco na calçada e eu caí que fui parar longe...(gesticula sinalizando a distância) levantei, mais também não aconteceu nada. Aí, tinha uma muié, que tinha um carrinho de bijuteria que falou assim: “TEM QUE PROCESSAR ESSA PREFEITURA, já pensou se a senhora tivesse quebrado uma perna aqui, acontecido alguma coisa?”, aí eu falei, essas calçadas aqui não dá... eu não tava de salto não tava de chinelinho... eu caio mais fácil de chinelo que andando de salto... E hoje, eu saio pra cidade já olhando onde eu piso, com medo, porque eu tenho muito medo de cair, porque na idade

que eu tô, eu tô com quase setenta e... trei ... quatro anos, se eu caí!!! É perigoso, num tomo remédio pros ossos, que meu filho, toma cálcio mãe... E eu nem alembro de cálcio!...

M- (riso) dona C., é... eu preciso que a senhora me diga assim onde foi que a senhora caiu, aqui na casa? Aqui dentro...

C.- aqui dentro não. Eu caí lá fora... na calçada. (aponta para a calçada)

M- ahã, ahã na calçada...

C.- é ... conversando com eles, tava na roda da minha família tudo ali, (gesticula)... de repente eu afastei e fui pra trás, meus filhos correram achou que tinha dado um negócio ne mim, eu falei... parece que... e outro dia também eu tava indo no gramado assim... mas, olha é alguma coisa, mas parece que alguma coisa me puxou assim (gesticula simulando um arremesso) olha eu caí de bruços na grama... eu digo, eu comecei a rir sozinha ...eu falei: “ma não pode um negócio desses” (falou rindo)...

M- acontece!!! Então, a senhora já me disse, que a senhora caiu sozinha, não chegou escorregar? Nada?

C.- nada, nada... parece que é um negócio que puxa... lá na cidade, eu taquei o pé no buraco, mas ali óh, uma calçada limpa dessas...e eu caí! Não sei se eu caí de lado, como foi, eu sei que eles correram... nós tava conversando e ele falou, deu um negócio na minha mãe porque parada né!

C.- E outro dia eu tava indo pra casa do meu filho, cortei pro meio da grama assim, óia eu sei que eu voei longe, com os braços esticados, aí eu comecei ri, falei não, não pode, parece que é um negócio que puxa a gente e joga.

M- pode ser né dona C., a gente não pode... mas fala pra mim uma coisa, como é que a senhora fez aí pra se socorrer neste dia que a senhora caiu ali pra traz?

C.- não, meus filhos tavam perto me levantou... aí, o dia que tava sozinha levantei e fiquei rindo sozinha... disse, não pode um negócio desses... caí, desse jeito, igual um criança quando cai... eu caí.

C.- mas do contrário foi esses três lugares que eu caí... e depois ... eu cuido muito, no banheiro tenho cuidado pra não cair, e tudo porque, se agente cai, não é fácil não. Quantas mulherada que vai tomar banho e cai quebra o fêmur, daí não sai mas não...

M- é verdade! o que que a senhora fez, dona C., depois desse tombo pra evitar novas quedas?

C.- sempre me cuidando, porque eu ainda corro, das vez tem qualquer coisa, tem uma criança gritando lá eu saio correndo... eu entrego sempre... eu peço pra nossa senhora da Aparecida “Cuida de Mim não deixa eu cair” (risos).

M- me protege né dona C.?

C.- me protege... cê sabe que nós tem uma santa aqui já faz tempo, que faz muito milagre... quando tem um pessoa doente, eles pede oração a gente vai lá e pede, parece que a gente recebe aquela graça viu...

M- olha que beleza!!!

C.- essa santa tem mais de sessenta e tantos anos. Meu pai, quando morava no sítio, eles vieram pra cidade mandou um padre benzer, e ele tinha como relíquia, todo dia ele acendia um vela, meu pai morreu, minha mãe continuou, minha mãe morreu eu continuo ascendendo uma vela pra nossa senhora da Aparecida... e fizemo gruta ali(aponta) ali tem missa, todo mês tem missa aqui da comunidade, e todo dia de nossa senhora da Aparecida nós faz aquela festa pra ela convida os amigo, tem comes e bebe, agradecimento e ela cuida...porque esse portão, de dia fica aberto, porque tá estragado só fecha à noite, então era pra entrar ladrão aqui...eu acho que ela cuida muito, porque graças a Deus não acontece nada com a gente... então, ela protege muito.

M- com certeza!!!

Assim, encerrei a entrevista com a aplicação do questionário sociocultural... em seguida, sai para fotografar a casa da dona C. ... depois que terminei e guardei todo o equipamento e fiz menção de me despedir, ela me ofereceu de um jeito tímido um café.

C.- o Marcos você aceita tomar um café de veio?

M- aceito sim...

Ela me dirigiu até a cozinha... Dona C. fez questão de servir-me o café em uma xicara de porcelana retirada de uma cristaleira antiga, em um gesto nobre, denotando a importância da minha visita. Durante o café, não usei nenhum recurso digital para salvar o conteúdo, conversamos aleatoriamente sobre vários assuntos, café, preços, mercados, localização do imóvel, limpeza de casa, produtos e filhos... após o café, agradei por ter me recebido em sua casa e ela me confidenciou:

C.- falei com meu filho, que vinha um rapaz fazer uma pesquisa comigo e ele foi contra, mas eu falei pra ele o rapais é gente boa, cantou e rezou o terço com nós lá no Sesc, não deve ser gente do mal.

Mais uma vez agradei pela confiança e fui acompanhado por ela até o carro.

M= ENTREVISTADOR

Às 16 hs liguei para An. confirmando minha visita, que estava agendada para às 17 horas, e ela muito simpática por telefone me disse: “está confirmadíssima, estou te esperando”. Cheguei 17:10, com dez minutos de atraso em função do trânsito, pois An. mora em uma comunidade localizada à margem da rodovia fora da cidade uns 8 quilômetros. A comunidade é composta por doze residências, as casas são construídas em alvenaria e com um bom padrão. Toquei o interfone no portão do condomínio e fui prontamente atendido por An., que me autorizou a entrar e disse que me esperaria em frente a casa. An. estava em pé no portão e assim que avistou meu carro na viela que dá acesso às residências, me acenou. Estava trajando uma bermuda verde com uma blusa sem mangas, e sandálias de dedo, com os cabelos ainda úmidos com aspecto de quem tinha saído do banho há pouco tempo. Muito simpática e acolhedora, me convidou a entrar. A casa de An. tem um jardim grande com diversas plantas e algumas hortaliças, tem um canil, onde abriga uma cachorra (Pastor alemão) que atende pelo nome de “Diana”, e, segunda An., é uma de suas companhias. Tem uma rampa de acesso que leva até a varanda revestida com piso de textura antiderrapante. Na entrada, duas folhagens grandes que emolduram a porta. E sob uma das folhagens, uma bacia com água e uma tartaruga. Ao entrar na casa, me deparei com uma estrutura fantástica, tudo muito limpo e organizado com mobiliários e vários bibelôs, com ornamentos e uma vasta coleção de tapetes. An. então me apresentou a residência, uma casa ampla clara toda branca, com piso frio e claro na casa toda inclusive nas escadas. A casa é um assobradado que possui quatro pavimentos indo do porão ao *soton*, ligados por escadas íngremes e todas amparadas por corrimão, porém, com tapetes no início de todas as escadas. Possui ao todo, doze cômodos, duas sacadas e um terraço com uma visão privilegiada, e ainda um área de serviço com uma pia, bancada e uma escada que dá acesso para uma cozinha na área externa da casa, local onde An. teve sua queda mais perigosa. Após me apresentar sua residência, solicitei a An. que escolhesse um local para que fizéssemos nossa entrevista, ela sugeriu a cozinha por ser mais fresco, tentou abrir a janela mas não conseguiu, pois não achou a chave que abria o cadeado da janela, nos acomodamos à mesa, expliquei sobre o objetivo da pesquisa, e solicitei autorização para registrar nossa conversa em áudio e vídeo, ela prontamente autorizou, posicionei a câmera, liguei o gravador e iniciei a entrevista.

M- An., eu queria começar sabendo uma coisa importante, e a senhora já me disse... A senhora mora sozinha nesta casa?

An.- sozinha, eu e Deus...

M- há quanto tempo a senhora mora sozinha nesta casa?

An.- nessa casa... é ... vinte e seis anos.

M- vinte e seis anos, legal... Dona An., a senhora já caiu em casa?

Na.- eu caí três vezes... caí, caída mesmo, três vezes, rolei pelas escada duas vezes e uma vez cai no portão, escorreguei em um dia de chuva, tava com sapato sem, sem ...(ar de riso) aqueles antiderrapante. Caí quebrei o braço, e a prova do braço tá aqui (mostra o punho) que o médico fez um serviço muito mal feito! Precisava cirurgia, ele apenas engessou e eu fiquei cinco meses com esse braço engessado, e depois não foi mais possível fazer cirurgia.

M- Certo... Dona An., fala pra mim... Eu sei que a senhora já caiu três vezes, mas assim vamos escolher uma queda pra gente conversa porque senão a senhora vai ter que fazer um relato muito grande, pode ser a última, por exemplo, qual que foi a última queda que a senhora caiu?

An.- eu escorreguei da escada.

M- quando foi, Dona An., que a senhora caiu?

An.- faz...dois anos...

M- dois anos. É, onde a senhora caiu?

An.- na escada da... da área que vai pra cozinha de fora... uma escadinha que acho que ela tem uns três degraus, parece que ela tem, nunca contei. Deve ter uns... é três degraus ela tem. Foi lá que eu escorreguei por que eu estava com chinelo de andar dentro de casa, aquele que se levanta da cama, sem nada em baixo, lisinho, lisinho... aí eu escorreguei e fui parar lá no outro canto da área e machuquei todas as costelas do lado direito. Fiquei usando cinta... uns seis meses, colete, o médico deu colete pra usar seis meses, não fraturou nada, só, arreventou os músculos e deu ameaça de hemorragia, só isso.(risos)

M- só dona An. (risos)... Como é que foi que a senhora se socorreu desta queda?

An.- Eu levantei! Peguei o carro! E fui pro Santa Rita! (risos) Sozinha! Fui bastante orgulhosa, em não ter pedido ajuda, depois levei bronca dos vizinhos, bronca das minhas irmãs, do meu irmão, mas já tinha feito, já ido pro hospital, já fiquei lá um dia

inteiro, me socorreram e fui bem atendida lá no hospital o médico é meu médico até hoje, ainda me atende até hoje, graças a Deus.

M- Dona An., fala pra mim agora, o que você fez pra evitar novas quedas?

An.- Eu coloquei corrimão dos dois lados da escada, porque eu achei que mais seguro pra uma pessoa de idade, e mesmo jovem não cair, é ter onde afirmar as mãos pra descer e pra subir. E eu procuro usar chinelos que tenha aquela parte antiderrapante em baixo, nunca vou com chinelo liso quando ele começa ficar liso ele vai pro latão de lixo.

M- que chinelo a senhora costuma usar, Dona An.?

An.- lá fora eu tenho uns, que eles são... são da... eu nem sei a marca que é, eu sei que a volta deles em baixo é bem grande (gesticula com as mãos) e daí ele não escorrega. Agora, dentro de casa eu uso havaianas que é mais leve.

M- então está bom!!!

Durante a apresentação da casa para o registro fotográfico, perguntei a dona An.:

M- por que a senhora não cola lixa nas escadas para torna-las mais seguras?

An.- é, mais aí não fica bonito... (risos)

Ao final da entrevista, Dona An. me ofereceu um café, prontamente aceitei e me surpreendi com a sofisticação, ela abriu o armário apanhou um sachê e me ofertou um café de máquina, me disse sorrindo: “sou uma velha sofisticada, não faço mais café de coador, sou prática”. Ofereceu-me um bolo que teria feito especialmente para servir-me. Falamos sobre vários assuntos, An. comentou sobre sua profissão dizendo que foi professora, que morou no convento dos 15 aos 21 anos, que saiu por motivos de doença (mas não entrou em detalhes) que não era solteira por opção e que já estivera pra casar, mas foi abandonada pelo noivo, que ajudou os pais na educação dos irmãos, propiciando estudos a todos, (eram 9 irmãos) e somente um não tinha curso superior, que cuidou dos pais durante anos e que agora, se ocupa as tardes prestando cuidados à uma irmã doente. Tem uma vida ativa, pois, segundo ela, segue recomendações médicas, em não deixar a mente vazia, assim borda, pinta, faz artesanatos, hidroginástica, academia e não deixa de realizar suas orações diárias. Durante a visita e durante a feitura do café, pude observar que apesar da idade e das quedas, An. possui uma boa flexibilidade, se abaixa e levanta sem dificuldades, tem uma marcha firme e segura, embora tenha constado vários pontos de riscos na residência como escadas, piso liso tapetes próximos aos degraus, e em vários cômodos da casa, o mobiliário é bem distribuído e os espaços de trânsito são livres, tem um fator iminente de risco que trata-se da cachorra Diana, por ser um animal de grande porte, pode derrubá-la

haja visto que, segundo An., todos os cuidados como banho e alimentação da cachorra, são feitos por ela.

Sai da casa de An. no final da tarde, o Sol já tinha se posto, elogiei a vista da casa frente a uma linda Lua que vinha surgindo no céu e dona An. encerrou a visita dizendo:

“Pois é... Pena que não tenho companhia quase nunca para poder ver essa lindeza”.

APÊNDICE VI: Tabela de Organização, Classificação e Recorrência das Palavras

Tabela de organização, classificação e recorrência de palavras nas entrevistas

Lugar	Pessoa	Objeto	Verbo/Ação				Corpo	Saúde	Sentimento/ emoção	Tempo	Religiosidade	Adjetivo	Pronome	Outros
40 casa	16 gente	8 cadeira	37 tava	10	4 começou	1 abandonada	16 pé	1 remedinhos	28 só	42 já	4 Nossa	12	25 tudo	33 assim
2 aeroporto	15 irmã	8 chinelo	32 tinha	escorregu	4 faleceu	1 melhorando	7 braço	1 coagulação	6 dor	19	Sr ^a	baixo	15 mim	21 isso
4 Londrina	10 filhos	8 tapete	28 fui	ei	4 pensei	1 realização	5 cabeça	1 hemorragia	5 medo	depois	Aparecida	25	9 nos	17 coisa
6 calçada	7 filho	5 roupa	22 falou	17 vou	4 casar	1 observação	1	1 socorreram	4 brava	18	10 Deus	nada	9 sua	17num
58 lá	6 pai	4	22 vai	7 quer	4 perdi	1 derruba-la	carótida	1 ortopedista	2 triste	anos	1 católico	3 alto	13 esse	17vez
14 escada	5 sobrinha	Cobertor	20 caí/	16 acho	4 vamos	1 encerramos	2	8 médico	1 elancolia	13	1 católica	2lisin	12 essa	16risos
8 lugar	3 amigo	3 cama	17 cai	11	4 tomar	1 arrebitou	costelas	7 cirurgia	1	meses	1 religião	ho	6ningué	14 café
8 piso	30 minha	3 carro	21 falei	aponta	4 viver	1 aprendendo	4 mãos	4 enfermeira	impotência	10	3 Santa	2	m	12 vezes
8 chão	7 comigo	2 celular	18 fiquei	7 dar	4 Olha	1 preparação	4 perna	5 ambulância	2	ainda	3 missa	simpl	6senhor	12 meio
9 cozinha	7 visita	2 garrafa	20 tô	7 sou	4 fica	1 descolando	3 pés	11 hospital	apavorada	8	4 graças	es	a	12 dai
5 cantinho	2 Eletricista	2 armário	15 era	6 bati	4 vem	1 esclarecer	3 mão	4 câncer	2	sempre	2 santa	2	4meus	11 nem
2 degrau	5 Pedro	4 sabão	14 sei	6 mora	4 uso	1 surpreendi	2 pernas	3 fisioterapia	nervosism	23 dia	1 orações	velha	4nesse	11 aí
2 Norte	8 mãe	2	11 ficar	6 tomo	4 dá	1 Atrapalhou	2 braços	1	o	14 hora	1 milagre	2	3minha	10
1 corredor	6 Orides	aparelho	10 estava	6 faço	3	1 esfregando	2 joelho	hospitalizada	5 vida	5 hoje	1 oração	velho	s	problema
2 ali	5 Maria	2 portão	9	6 olha	escorregou	1 falávamos	2 corpo	1 radiografia	2 doía	10 dias	1 benzer	2	3vocês	9 cinco
3 Restaurante	4 irmão	2 colete	aconteceu	5	3 gesticula	1 trabalhei	2 osso	1 trombose	1	7 noite	1 bença	fundo	3esses	9 pro
3 piscina	4 Helena	2 rodas	9 levantei	descendo	3 construiu	1 acontecem	2 olho	1 fêmur	marejados	3	1 terço	1baix		8
3 escola	3 Marina	2 chave	9 cheguei	5 morava	3 continuar	1 apoiou-se	1	3 remédio	2 ciúmes	manhã	1 rezou	inha		entrevista
4 banheiro	3 Leonor	2 sofá	9 ficou	5 tirei	3 pensando	1 atrapaçou	ombro,	4 Unimed	1	6 anos		1calo		8 quase
6 área	2 Paulo	2 mesa	9 deu	5 mudar	3 realizar	1 acostumar	1 pernas	3 sangue	desarruma	5 idade		roso		8 outra
5 lado	3 Rita	2 vela	8 peguei	5 parar	3 consegui	1 aguentava	1	2 consultório	do	2		1conf		
5 cá	1 luzmarina	2 pau	8 posso	5 lavar	3 tivesse									
2residência	3 Jar	1	8 disse	5 quero	3 comecei									

4 cidade	2companhei	portãozinh	8 veio	5 senti	3 queria	1 encontrei	tornozelo	2 curativos	1	madrug		uso		8 sobre
3 degraus	ro	o	8 ter	5 cair	3 contou	1 Solicitei	1	1 AAS	companha	ada		1lind		7 pouco
3embaixo	2 Carmem	1	7 parece	5 fiz	3 descer	1 Respondeu	músculos	4 movimento	do	2		eza		7 jeito
3cômodos	2 noivo	chinelinho	7 feito	5 vim	3 chamar	1 segurando	1 costela	2 Socorro	12 sozinha	Primav				7 duas
2 perto	2 filha	1 carrinho	7 sabe	5 sai	3 quebra	1 Organizou	1	2 coagulo	6 sozinho	era				7 tão
2 longe	2 irmãos	1	2	3 levanta	3 joguei	1 arremesso	joelhos	3 tala	1	2 mês				6 primeira
2 céu	3 senhor	borracha	responder	4	3 taquei	1 consertar	1	1 erisipela	inseguro	3				6 primeiro
2 Rio	2 pais	1	2	ofereceu	3 entrar	1 continuou	ombros	1 inchado	2	diária				6 negócio
4 rua	2 Dona	vasinhos	machuquei	2 precisa	3 morreu	1 atenderam	1 tendão	1 bengala	dificuldade	2				6 alguma
1 Blumenau	1	1 bijuteria	2	2 protege	3 ponhei	1 movimentar	1 ouvido	1 doopler	2 seguro	semana				6t rês
1 Farroupilha	mulherada	1	consequia	2 troquei	3 olhei	1 Gemendo	1 costas	1 médicos	2 mal	2 data				6 todo
1 prefeitura	1 Alexandre	bicicleta	2	2	3 rindo	1 recusando	1 coluna	2 cálculo	1 nervosa	1				6 Aí
1comunidade	1 mulheres	1	comprando	vivendo	3 subir	1 recusando	1 ossos	2 doente	1 Sozinha	diárias				5 bastante
1 domicilio	1 sobrinhos	escadinha	2 servir-me	2 visitar	3 morar	1 Processar	1 ombro	1		13 até				5 coisas
1 Santuário	1 jardineiro	1 cadeiras	2 chegasse	2 procuro	3 deixa	1 prestando	1 dedinho	osteoporose						5 nenhum
1 calçadas	1	1 calçado	2 precisou	2 mostrar	3 tenha	1 agarrando	1 olhos	1 anginoplasti						5 vários
1 Prefeitura	vizinhança	1 chinelos	2 observar	2	3 caiu	1 emocionou	2 bunda	a						5 pessoa
1 Portugal	1 professora	1	2 fraturou	andando	3 Moro	1 despedida	2 pêlos	1hidroginásti						5 menos
1 farmácia	1 vizinhos	calçados	2 correram	2 ficando	3 ando	1 facilitou	1 carcanh	ca						5 nossa
1 mercados	1 filhinho	1	2 assustei	2 adquiri	3 saio	1 perguntou	a	1 anti-						5 nunca
1ranchinho	1 pedreiro	produtos	2 gostaria	2 possui	3 indo	1 terminado		inflamatório						4 Durante
1convento	1 Benedito	1	2 agradeci	2 passar	3 saí	1 Precisava		1 audição						4 difícil
1 fabrica	1 sobrinho	remédios	2 terminei	2 lembro	3 viu	1 escorrego		1 doença						4 negocio
1 Juremas	1 Vizinho	1 escadas	2 procurar	2 passou	2	1 sustentar		1 Saúde						4 segundo
1 Maringá	1 Giberto	1	2 arrumar	2 gostar	conversand	1 permitir		1 plavix						4 terreno
1 imóvel	1 médicas	lâmpada	2 quebrou	2 abaixar	o	1 comentou		1aposentador						4 Depois
1 quarto	1 colegas	1 botinha	2 consigo	2 trocar	2	1 Falou-me		ia						4 quatro
1 Sumaré	1 homens	1 latinha	2 prefiro	2 querer	escorregar	1 ajudando		1flexibilidad						4 altura
1 Brasil	1 Marcos	1 carçado	2 mostrou	2 chegou	2	1 coloquei		1 receita						6 banho
1 Thermas	1 esposa	1	2 esboçou	2 chamei	trabalhava	1 tremendo		1						4 chá
1 Praça	1 medico	máquina	2 aguando	2 chegar	2 perguntei	1 engessou		hidroterapia						3 serviço
1 posto	1 doutor	1 xicara	2 falaram	2 entrei	2	1 enxaguar		1 estável						2 almoço
1 sala	1 Fátima	1 moveis	2 esqueço	2 deixei	apontando	1 rebentou								3cachorri
1 quintal	1 Itamar	1 móveis	2 dizendo	2 pintar	2 escorrega									
	1 marido	1 sapato	2 repetiu	2 falava	2 construir									
	1 mulher	1 Tapete	2 abaixar	2 cuidar	2 moiei									
	1 filhas	1 lápis	2 larguei	2 deixar	2 pagar									

	1 irmãs 1 idoso 1 padre 1 Amigo 1 genro 1 Irmão 1 Diana 1 Mari 1 Jose 1 neto 1 Irmã 1 muié 1 neta 1 Tina 1 Bob 3 dona 2 Alemão 1companheira	1 latão 1 roda 1 brusa 2 corrimão 2 antiderrapante 2 tapetes	2 sabendo 2 levaram 2 achei 2 Caí 1 assustei 1 pulei 1 cuida 1agradecimento 1desiquilibrei 1representando 1apresentando 1atrapalhado 1aproximei-me 1economizando 1devagarzinho 1providenciar 1constrangeda 1perguntando 1 levantar-se 1sussurrado 1organizaçã 1interromper	2 pediu 2 passa 2 tirar 2 andar 2 puder 4 Paraná 2 junto 2 poder 2 cuida 2 salto 2 vira 2 toma 2 subi 2 puxa 2 bate 2 pede 2 vive 2 Acho 2 fico 2 dava 2 pude 2 pisa 2 liga 2 lavo 2 Fui 1 1 responde 1localizaçã 1distribuído 1encontrava 1arrastando 1Mostro	2 estou 1 observei 1 aparecer 3 cuidado 3 sonho 3 trás 2atendimento 2guardando 2perguntas 2caminhada 2 registro 2 continuo 2 cuidados 2 limpeza 2 ajudar 2 deixo 2 sabia 2 botei 2 gosto 2 pinta 2 ligar 2 vinha 1administrar 1desesperada 1perguntava 1encostando 1 1levantando 1realizando	1 procurei 1 trata-se 1 atendida 1 terminamos 1 preocupada 1 confiança 1 desculpas		1 sequela 1 engessado 1 machucado 1 fraturei 1 ortopedia						nho 2 cachorra
--	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------

			1questiona da 1transcorre u 1conversa mos 1escurrego u 1atrapalho u 1 afastar-se 1ascendend o 1moviment os 1 levantou 1 cozinhei 1 preparar 1 concluiu 1 vi 1 caí 1 desligue 1 plantei 1 contrate 1 agarrar 1 afastei 1 gemendo 1 encosto 1 negando 1 esperou 1 cozinho 1 escolhi 1 ofertou 1 recusou 1 dirigiu 1comprar 1 apontou	u-se 1organiz ada 1 esticado 1sentind o 1voltamo s 1 retirada 1telefone 1surgind o 1reforma r 1melhora r 1alcançar 1 estende 1 podemos 1 esperei 1 cuidava 1 assisto 1 arrumei 1caminh a 1 esforço 1 avaliei 1 gritava 1 escorei 1 levante 1 entrego 1 afirmar 1 separou 1 passei 1 liguei	1 desmanchei 1 recebido 1 construí 1 orientei 1 entramos 1 descreve 1 pensados 1 passeada 1 manchar 1 digitar 1 pegando 1 puxando 1 tiraram 1 ajeitei 1 sugeriu 1 estudei 1 assinou 1 circula 1 aceitei 1 quebrar 1 entendo 1 quebrei 1 fizeram 1 aprendi 1 estavam 1 quiser 1 buscar 1 raspar 1 Fiquei 1 mandei 1 cantou 1 ficava 1 enxugo 1 recebe 1 atende 1 Peguei									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			1 iniciei 1 ganhava 1 retirar 1 jantei 1 lembrar 1 Escuta 1 voltei 1 sofreu 1 inchou 1 tomava 1 limpei 1 ganhar 1 servir 1 pensou 1 ajudou 1 esmagô 1 perder 1 inicie 1 chego 1 caído 1 teria	1 gostei 1 começa 1 desceu 1 contei 1 evitei 1 cortei 1 falado 1 secava 1 sentar 1 morrer 1 piquei 1 cuidou 1 irriga 1 acabou 1 dando 1 Lavei 1 sofri 1 morou 1 cuida 1 mexer 1 faz 2 molhar 1 Carpi 1 virei 1 enlerei 1 fotografar	1 chorei 1 entrou 1 molhado 1 livre 1 volta 1 moram 1 puxou 1 Cabe 1 virar 1 olhou 1 notei 1 minimizar 2 ajuda 1 bateu 1 ocupa 1 subiu 1 achou 1 pular 1 levar 2 seja 5 fala lavei 2 batia								
--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

