

## “Caiu, tchau e bença”: os sentimentos, comportamentos e soluções de idosos após a queda em residências unipessoais

“If you fell, bye and God bless”: elderly’ feelings, behaviour and the found solutions after a fall at home where they live alone

“Ha caído, adiós y bendecir”: los sentimientos, comportamientos y soluciones de ancianos después de caer en viviendas unipersonales

*Marcos Demetrius Barbosa* | [senacprof@gmail.com](mailto:senacprof@gmail.com)

Centro Universitário de Maringá. Maringá, Brasil.

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Área de Saúde. Maringá, Brasil.

*Tiago Franklin Rodrigues Lucena* | [tiagofranklin@gmail.com](mailto:tiagofranklin@gmail.com)

Centro Universitário de Maringá, Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação. Maringá, Brasil.

*Regiane da Silva Macuch* | [rmacuch@gmail.com](mailto:rmacuch@gmail.com)

Centro Universitário de Maringá, Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação. Maringá, Brasil.

### Resumo

Este artigo objetiva apresentar uma análise dos sentimentos e comportamentos de idosos que residem sozinhos pós-queda em casa e as soluções dadas por eles para evitar novos acidentes. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com técnicas de observação participante, entrevistas e documentação em caderno de anotações, fotos, áudio e vídeos. A amostra é composta por dez idosos (quatro homens e seis mulheres) com idade entre 65 e 85 anos, residentes em domicílios unipessoais, que sofreram queda na residência nos últimos cinco anos. Cinco dos dez indivíduos entrevistados alteraram a configuração espacial da residência (adaptações e pequenas reformas) e os outros cinco declararam ter deixado de realizar a atividade que os levaram à queda. Todos destacaram um bom grau de autonomia na realização das atividades da vida diária (AVD), mas consideram a queda como um fenômeno inevitável e possuem conhecimentos sobre os riscos, a perda da autonomia e a possibilidade de não residir mais sozinhos foram citados como elementos de medo.

**Palavras-chave:** envelhecimento; quedas; residências unipessoais; soluções; promoção da saúde.

### Abstract

This paper presents an analysis of the feelings and behaviors of elderly who live alone in a post-fall event and their solutions to prevent further accidents. A qualitative research was carried out using techniques of participant observation, interviews and documentation in notebook, photos, audio and videos. The sample is comprised of ten individuals (four men and six women) aged between 65 and 85 years residing in single-person households, who suffered a fall inside their home in the last five years. Five of the 10 individuals interviewed changed the spatial configuration of the residence (adaptations and minor reforms) and the other five declared that they are avoiding to carry out the activity that led them to fall. All stressed a good degree of autonomy in the activities of daily living (ADL), but considered the fall as an inevitable phenomenon and, they know about risks. The loss of autonomy and the possibility of not residing alone anymore were cited as elements of fear.

**Keywords:** aging; falls; single-person residences; solutions; health promotion.

## Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar un análisis de los sentimientos y comportamientos de ancianos que residen solos post-caída en casa y las soluciones dadas por ellos para evitar nuevos accidentes. Se realizó una investigación cualitativa con técnicas de observación participante, entrevistas y documentación en cuaderno de notas, fotos, audio y vídeos. La muestra está compuesta por diez ancianos (cuatro hombres y seis mujeres) con edad entre 65 y 85 años, residentes en domicilios unipersonales, que sufrieron caída en la residencia en los últimos cinco años. Cinco de los diez individuos entrevistados alteraron la configuración espacial de la residencia (adaptaciones y pequeñas reformas) y los otros cinco declararon haber dejado de realizar la actividad que los llevaron a la caída. Todos destacaron un buen grado de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), pero consideran la caída como un fenómeno inevitable y tienen conocimientos sobre los riesgos, la pérdida de la autonomía y la posibilidad de no residir más solos fueron citados como elementos de miedo.

**Palabras clave:** envejecimiento; caídas; residencias unipersonales; soluciones; promoción de la salud.

---

## INFORMAÇÕES DO ARTIGO

### Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo – Marcos Demetrius Barbosa e Tiago Franklin Rodrigues Lucena

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Marcos Demetrius Barbosa, Tiago Franklin Rodrigues Lucena, Regiane da Silva Macuch

Redação do manuscrito: Marcos Demetrius Barbosa

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Regiane da Silva Macuch

**Declaração de conflito de interesses:** Os autores declaram que não há quaisquer conflitos de interesse.

**Fontes de financiamento:** não há

**Considerações éticas:** Centro Universitário Cesumar CEP/Cesumar sob o parecer nº 1.658.741 em 2016.

**Histórico do artigo:** Submetido: 06.fev.2017 | Aceito: 06.jul.2017 | Publicado: 29.set.2017

**Licença CC BY-NC atribuição não comercial.** Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

## Introdução

O envelhecimento populacional é uma tendência global e um desafio às políticas de saúde pública e aos setores políticos, econômicos e sociais.<sup>1</sup> No Brasil, assim como em outros lugares do mundo, vê-se também um aumento no número de residências de idosos unipessoais, ou seja, ocupadas por apenas um indivíduo.<sup>2-3</sup> Considera-se que na residência é onde há maior incidência de quedas nessa parcela populacional<sup>4</sup> e de desafios que se desencadeiam após o evento: insegurança e medo quanto ao espaço, autossocorro e necessidade de ajuda para continuar realizando as atividades da vida diária (AVD).

As quedas, além de produzirem uma importante perda de autonomia e de qualidade de vida entre os idosos, podem ainda repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando a rotina em função da recuperação ou da mudança das características dos ambientes após o tombo.<sup>5</sup> Quando o idoso reside sozinho essa assistência é dificultada. Parte da literatura que fala sobre as quedas aponta os fatores de riscos, listando e classificando-os, assim como indica os impactos das mesmas nos serviços de saúde e na qualidade de vida do indivíduo em geral<sup>6-8</sup>; outros autores veem a necessidade de promover corretamente políticas voltadas para a atenção primária da saúde da população.<sup>9-10</sup> No entanto, poucos autores se dedicam a compreender as alterações ambientais e de comportamento no pós-queda.<sup>11</sup> Menos ainda são os que realizam pesquisas que procurem identificar as soluções dadas pelos próprios idosos após sofrerem quedas em suas residências.

Este artigo objetiva refletir sobre as soluções dadas por idosos que residem sozinhos após sofrerem quedas valendo-se de uma investigação qualitativa, inspirada na etnografia e com técnica da observação participante, para compreendê-los em um universo de 10 idosos residentes em um município do noroeste do Paraná. A principal questão é identificar quais foram as principais modificações, soluções dadas ou rearranjos feitos por eles após sofrerem com o evento. Buscou-se, então, numa perspectiva interdisciplinar, analisar e refletir sobre as experiências dos idosos no pós-queda assim como identificar as soluções (modificações ambientais) e as mudanças de comportamento dessa população depois de cair em sua residência.

## Métodos

O estudo em que se baseia este artigo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa e de campo, empregando técnica de observação participante, com coleta de dados oriundos também de aplicação de entrevistas semiestruturadas somados à documentação do processo em cadernos de anotações, fotos, áudio e vídeos.<sup>12</sup>

A população foi composta por 92 idosos que estavam frequentando, no momento da abordagem, clubes dançantes em três visitas aos locais pelo pesquisador. Sua seleção foi realizada no período entre 03 e 09/08/2016 por meio de encontros em que o idoso era abordado e respondia a um formulário simples, preenchido pelo próprio pesquisador, no qual foram registrados: nome, endereço, telefone para contato e duas questões primordiais: a) você mora sozinho? b) você já caiu na sua residência? A amostra total final compreende 10 indivíduos, que atenderam aos nossos critérios de inclusão e exclusão e que, segundo Minayo<sup>13</sup>, atendem aos interesses e à natureza da pesquisa etnográfica, refletindo múltiplas dimensões da realidade.

Entre os dias 10/08 e 12/08 fez-se a compilação dos formulários de triagem e identificamos nesses 92 o número de 26 idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão (ter idade entre 65 e 85 anos, morar em residência unipessoal<sup>i</sup>, já ter sofrido queda no interior do domicílio<sup>ii</sup>)<sup>iii</sup>. Os 26 idosos foram selecionados

i Considerou-se a descrição do indivíduo que se declara como residente sozinho e, na observação, questionou-os sobre os pernoites.

ii Considerou-se o terreno que delimita sua área de residência como varanda, corredores laterais à residência e escadas/rampas de acesso no interior da residência.

iii Como critérios de exclusão aplicaram-se: não ter sofrido queda no interior do domicílio, morar fora do município e receber alguma visita sistemática de enfermeiros, cuidadores ou familiares.

para o agendamento e, após recusas e *dropouts* (desistências ou abandono da pesquisa), foram realizadas 15 entrevistas em uma série de visitas às suas residências. Do montante, 10 indivíduos tiveram seus dados (entrevistas etc.) validados e analisados<sup>iv</sup> conforme mostra a figura abaixo:

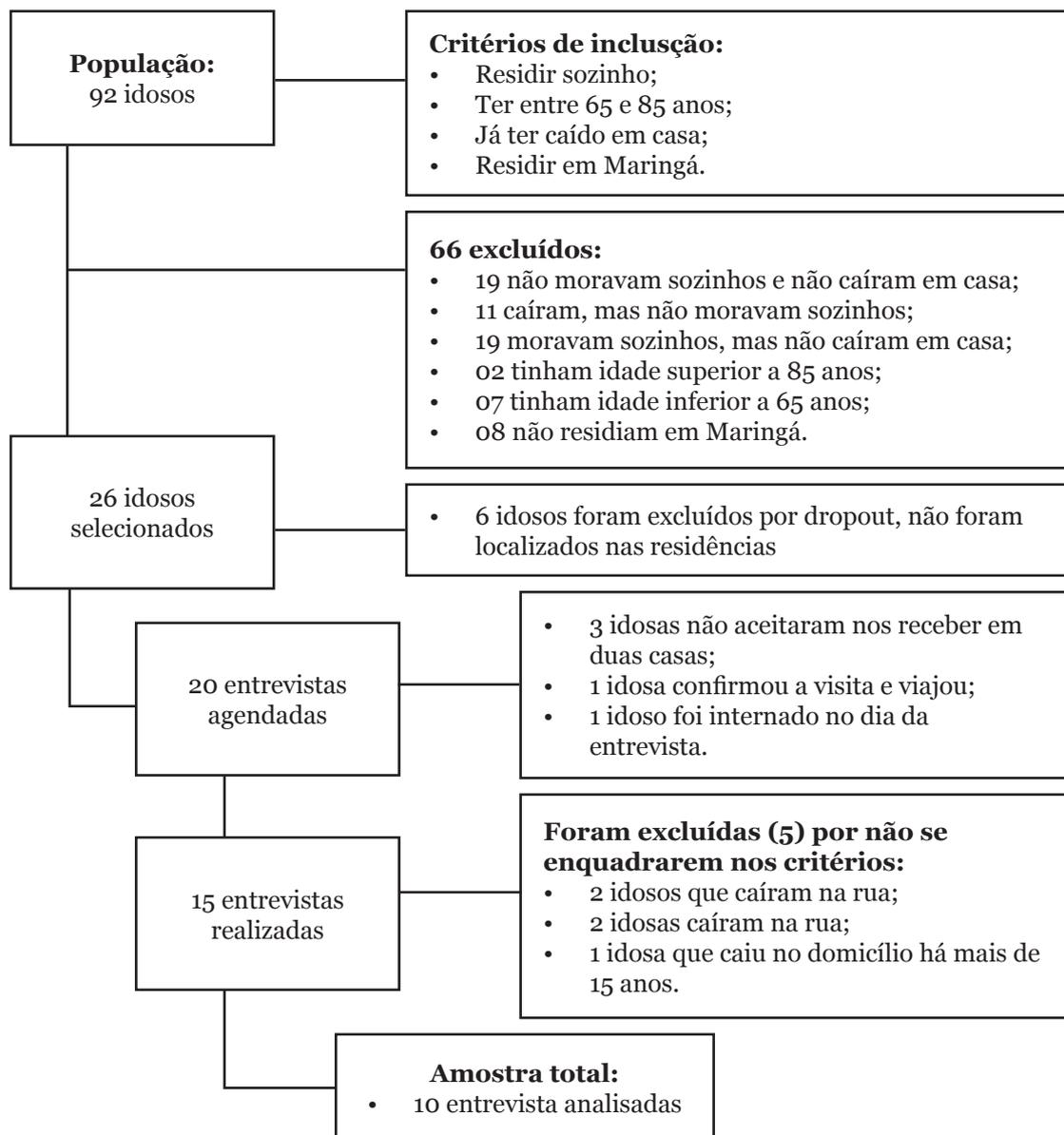


Figura 1 – Processo de seleção da amostra até as entrevistas finais  
Fonte: Os autores (2017)

Os dados foram coletados individualmente, por meio de entrevistas semiestruturadas aliadas à técnica da observação participante, realizadas durante o período de 13 a 22/08/16, em dias e horários estabelecidos pelos entrevistados, utilizando-se de 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 sob autorização dos pesquisados e gravação de áudio. O tempo médio de coleta de dados com cada um dos indivíduos foi de quatro horas, somando entrevistas, telefonemas e visitas.

<sup>iv</sup> Novas informações foram coletadas durante essa fase, as quais fizeram com que cinco indivíduos migrassem para os critérios de exclusão: caíram na rua ou a há mais de cinco anos. Já que estávamos observando-os em suas casas, as entrevistas foram realizadas com esses cinco, porém os dados coletados não fizeram parte da análise comentada neste artigo.

Para análise, os dados coletados foram transcritos, organizados com auxílio de software Excel e Word, e as respostas foram tabuladas, permitindo uma leitura panorâmica do conteúdo. Posteriormente, foram analisados empregando método de análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>14</sup>, o que 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 indicados pela autora<sup>14</sup>: 1) a pré-análise (quando se escutou o áudio, e visualizamos as imagens e anotações); 2) a exploração do material (transcrição das entrevistas e organização de pastas individuais, incluindo também os dados em áudio, foto e vídeo); e, por fim, 3) o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

Nessa fase foi utilizada uma ferramenta para visualização e tabulação das palavras mais recorrentes em todas as entrevistas analisadas<sup>v</sup>. A distinção das palavras, bem como a sua recorrência nos discursos foi categorizada em itens numa tabela que considerou as que se referem a: lugares, objetos, corpo, saúde, pessoas, verbos (de atividades de vida diária como, por exemplo, cozinhar, limpar), sensações, tempo, adjetivos, religiosidade, outros. As categorias tabuladas ajudaram a elaborar, juntamente com o objetivo da pesquisa, as categorias de análise finais, que foram: *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 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). Essas categorias foram criadas com base também na recorrência de palavras nos discursos, destacadas após a transcrição e quantificação das palavras. Para este artigo, no entanto, foca-se nos dados referentes à categoria *memória* que apareceu nas falas, imagens e no áudio colhidos durante a fase de observação, que destacam o momento da queda, o socorro e a assistência posteriores a ela e, finalmente, nas soluções criadas pelos idosos a fim de evitar novas incidências.

## Resultados

Dos participantes entrevistados e analisados neste estudo, oito eram do gênero feminino e dois do masculino, a maioria (sete) encontrava-se na faixa etária entre 70 e 75 anos, e os demais tinham entre 76 e 85 anos de idade. Oito eram viúvos (dois homens e seis mulheres) e dois solteiros (duas mulheres). Um participante possuía ensino superior completo e, entre os outros, um possuía ensino médio completo e oito entrevistados possuíam o ensino fundamental completo. Todos eram aposentados e tinham moradia própria. Das moradias visitadas, nove eram construídas em alvenaria e uma era de madeira. Sete residências eram térreas, duas eram sobrados e uma era apartamento. Cinco referiram ter sofrido algum tipo de queda no domicílio havia menos de um ano e cinco relataram ter caído em intervalo de tempo inferior a cinco anos. Os nomes dos indivíduos foram suprimidos neste artigo, são reveladas apenas as suas iniciais.

Das ocorrências apresentadas neste estudo, os fatores causais ambientais foram significativos, pois escorregar em piso molhado foi o principal causador de acidentes, abrangendo quatro (An., D., L., J.); um escorregou em piso liso (A.); três caíram de desnível (escada e cadeira) (B. Es. e M.); um tropeçou em animal doméstico (En.); e um teve como causa da queda “um passamento” que, neste estudo, interpretamos como tontura<sup>vi</sup> (C. ).

v Word clouds <<http://www.wordclouds.com/>> é um site que analisa um arquivo de texto e permite a visualização, em nuvem de palavras (*wordstags*), daquelas mais utilizadas no texto. Usamos a mesma ferramenta para criar lista de palavras mais usadas e, depois, categorizá-las.

vi Para Felipe et al.<sup>15</sup>, 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.

### *Observação dos fatores de risco*

Com a visão do enfermeiro, na avaliação ambiental dos domicílios visitados, observamos que dois apresentam terrenos sem desnível, nos quais residem J. (casa térrea construída no nível da rua) e M. (apartamento) e que oito apresentam terrenos com desníveis, apresentando para acesso ao domicílio rampas e/ou degraus, como se vê nas residências de L., B., C., A., D., En. Es. e An.

Na fase de observação foram identificados alguns fatores de riscos em cada uma das residências visitadas. Seus quintais foram os locais que apresentaram maiores alterações, elencadas pela literatura como degraus, rampas, buracos, e desníveis, e tais características foram observadas em oito domicílios. Na residência de En., verificou-se a existência de uma rampa, que leva do portão à porta lateral da sala (local da queda); na casa de B. uma rampa com dois degraus e inclinação de aproximadamente 30°, revestida por piso cerâmico liso; o acesso à residência de L. se dá por uma rampa com inclinação de mais de 60°, piso liso e buracos; já na de D. o acesso é feito por uma rampa discreta que termina em dois degraus (também local do acidente). No caso de Es., observou-se um desnível no interior da residência separando o corredor da área dos quartos e também degraus para acesso ao quintal. Na residência de C., vimos uma escada de granito uniforme que não possui diferença que marque, visualmente, o fim e o início de outro degrau. Enquanto na de An. encontrou-se uma edificação com quatro pavimentos todos interligados por escadas com oito degraus cada uma e um tapete no final de cada escada.

No que diz respeito a tapetes, em cinco residências visitadas, nós os encontramos em áreas diferentes do banheiro, em lugares de circulação da casa. Em apenas um 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.

### *Reações à queda*

No que se refere à descrição de como foi o evento, os entrevistados o narraram e descreveram como se socorreram<sup>vii</sup>. Dentre os entrevistados, nove caíram no exato momento em que estavam totalmente sozinhos em sua casa, o que demandaria deles atitudes de autossocorro, de autoavaliação, ou de acionar a ajuda de outra pessoa.

Mas o entrevistado J., por exemplo, não chamou alguém para ajudá-lo, pois em sua opinião não precisou por não se ferir gravemente. Em suas palavras, “[...] eu levantei logo, não cheguei a bater a cabeça não...” Já B. respondeu dizendo:

*[...] Não chamei ninguém por que eu tava sozinho... ai eu peguei, botei a cadeira pra lá fiquei um pouquinho aqui... saí 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 do sentimento de autoavaliação feita quando alguns tocaram nas partes do corpo verificando se houve fraturas e analisando a intensidade das dores, como revela 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 ai no corredor me perguntavam o que eu tinha, ai eu falava que eu caí. Aí as pessoas falam: “Por que que não me chamou?” As pessoas falam, mas, era uma hora da madrugada eu ... eu não ia... Bom é que daí eu levantei na hora, consegui levantar, GEMEEENDO!*

vii Interessávamos aqui em saber quais foram as reações, as atitudes tomadas por eles nos primeiros minutos após a queda.

*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., observou-se o fato de 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 reside na residência ao lado e observava a mãe no momento da queda. Entre os entrevistados, En. é quem tem o relato mais dramático, pois deixa explícitas 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 até aqui [aponta o local] eu tinha o celular aqui no braço do sofá, meus filhos estavam em Blumenau, a MH estava em Natal, a LM tava pegando minha neta na escola... e a T tava em Londrina, quer dizer que eu tava só com a LM...cheguei ... não conseguia nem digitar... nem mexer no meu celular pra chamar, quando eu consegui eu falei: “LM 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!”*

Na entrevista de D., ela descreve o autossocorro e sua expressão facial transparecia uma sensação de angústia com o fato:

*[...] eu tava sozinha! eu fui rastando pra trás assim, fui até... cheguei na escada, sentei, na escada e fiquei ali umas ... 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. descreveu o evento com a sensação de 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 do tendão, aí eu virei do lado assim e fui tentei levantar, 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 pobrema nenhum, eu tive sorte [risos].*

O relato de An. foi que demonstrou que, mesmo morando sozinha, ela sentiu-se “orgulhosa” (na sua avaliação) por não precisar de ajuda para se levantar após a queda e ter ido dirigindo, em busca de cuidado:

*[...] Eu levantei! Peguei o carro! E fui pro Santa Rita! [risos] Sozinha! Fui bastante orgulhosa, ... 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.*

### **Sentimentos associados e assistência médica pós-queda**

Percebemos nos relatos que, após a queda, os idosos realizaram 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.). D. descreve que se levantou muito devagar sentindo seu corpo responder à ação: “aí que eu vi que não quebrou, só machucou bastante, aí eu levantei, fui levantando

devagarzinho, devagarzinho, até que fiquei em pé”. 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?”.

A. relata que terminou de realizar a atividade:

*[...] Cabeí de enxaguar tudo!!! Sequei!!! Aí a consequência veio depois. Dali uma meia hora mais ou menos. Ainda limpei pra cá, tomei um banho, terminei a janta... na hora que eu fui no banheiro fazer xixi, eu senti a dor, não conseguia sentar, aí foi onde o médico falou que rebentou os vasinhos né por isso que eu não aguentava de dor. Aí 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 [...]*

Esses relatos de continuidade dos afazeres após o acidente 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 acontecimento). Esse sentimento se deve à condição dos idosos que sofreram traumas, como En., D. e M., estarem sozinhos e à dependência de ajuda para levantar-se em especial..

Observou-se que os idosos, na maioria das vezes, preferem recorrer à automedicação e ao autocuidado do que 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 que ia abrir só às 8 horas, aí fui lá no pronto atendimento na Unimed depois das 8 e... aí tiraram radiografia e não me falaram nada!” B. declara que não sentiu necessidade de procurar o atendimento: “[...] aí, eu peguei, botei a cadeira pra lá, fiquei um pouquinho aqui... saí 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], ele ficou uns dia inchado, aí eu fui lá na farmácia, ele deu uns remedinhos, uma coisa, parece que deu uma melhorada”. A. também foi em busca da assistência depois de sentir bastante dor, e An. destacou sua ação de ir buscar a assistência médica por si mesma como revelam seus depoimentos já mencionados.

Já En. identificou de imediato a fratura, e seu relato dramático mostra que foi se arrastando para pedir ajuda com certo desespero.

### *Soluções e rearranjos na residência para evitarem novas quedas*

Nesta seção, agrupamos os dados (falas) que os idosos apresentaram como soluções: as modificações espaciais e de comportamento que os indivíduos passaram a ter após a queda. Os dados são apresentados em forma de quadro e classificados como alterações físicas do ambiente e alterações comportamentais. No caso de En., que teve a causa associada ao cachorro que se “entrelaçou” por entre as suas pernas, classificamos a doação do animal pelos familiares como alteração física do ambiente.

*Quadro 1 - Alterações comportamentais e físicas do ambiente relacionadas à queda*

	<b>Como foi a queda</b>	<b>Alterações comportamentais</b>
<b>J.</b>	... 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 estava longe [concluiu]	[pausa]_eu não moiei mais! [risos] eu não moiei mais...

Quadro 1 - Alterações comportamentais e físicas do ambiente relacionadas à queda (continuação)

	<b>Como foi a queda</b>	<b>Alterações comportamentais</b>
<b>C.</b>	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 em mim, e 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]	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].
<b>M.</b>	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 caí com tudo...	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 eletricista dela que sugeriu de abaixar e ela abaixou [...]
<b>Es.</b>	eu caí .. não olhar na altura, eu não vi...[faz um movimento representando a queda]	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]
<b>L.</b>	eu escorreguei com os dois pés. [esboçou um ar de riso]	a eu sempre procuro usa uma botinha de borracha, que eu tenho aí pra quando eu vou lavar; assim sempre, e nunca uso o chinelo já velho porque ele gasta a sola né. aí escorrega, né.
	<b>Como foi a queda</b>	<b>Alterações físicas do ambiente</b>
<b>A.</b>	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 corrupei de lado assim e caí [riso].	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.
<b>En.</b>	Sim; eu sai, que eu ia aguardar 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.	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 [...]
<b>D.</b>	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]	a depois eu... ajeitei mais, pra não ficar... botei aquele negócio na parede pra ficar segurando, escorre mão, corrimão né...

**Quadro 1 - Alterações comportamentais e físicas do ambiente relacionadas à queda (continuação)**

	<b>Como foi a queda</b>	<b>Alterações comportamentais</b>
<b>An.</b>	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.	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.
<b>B.</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]	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 ...

Fonte: Os autores (2017)

## Discussão

A condição unipessoal de moradia é influenciada por aspectos como as condições de saúde e o desempenho funcional que garante ao idoso a tão sonhada autonomia para se manter sozinho. Embora façam questão de se apresentarem autônomos convictos, os idosos em suas residências unipessoais mostram-se desprovidos de apoio, tornando-se vulneráveis diante de dificuldades que demandam assistências, principalmente nas ocorrências de quedas e agravos de saúde. Sobre essa situação de autonomia emergem dúvidas relacionadas aos idosos que moram sozinhos, pois é fato que numa situação de emergência eles precisariam de ajuda externa. Retirar os idosos de seu ambiente residencial pode desencadear e causar prejuízos, tais como: diminuição da autonomia e independência e o aumento da incidência de sintomas depressivos.<sup>16</sup>

Nas residências visitadas, observou-se e documentou-se em foto, áudio e vídeo que há residências organizadas com padrão satisfatório. Cabe salientar que apenas um dos dez entrevistados conta com a ajuda de uma diarista uma vez na semana e os outros nove indicaram que realizam todas as AVD sozinhos, incluindo os do sexo masculino, como o J.: “em casa eu faço tudo...”.

É fato que as necessidades humanas mudam com o tempo e que as edificações não são preparadas para suprir essas mudanças, o que expõe o idoso a riscos<sup>17</sup>. Cabe lembrar que, como mencionado anteriormente, a avaliação ambiental dos domicílios visitados indicou que principalmente dois dos dez idosos da amostra em questão apresentam terrenos sem desnível. As adequações de ambientes são feitas por artefatos intimamente ligados aos fatores preventivos de quedas da população idosa e, assim, quando relacionadas com as áreas de ocupação, acenam para dispositivos voltados a facilitarem as realizações das tarefas diárias. Alguns autores propõem uma arquitetura mais preocupada com um *design* universal e que minimize os riscos de acidentes; ao falar de *design* universal, nos referimos ao campo de ideias e de pesquisa abrangente dedicado à produção de construções, produtos e ambientes inerentemente acessíveis a pessoas mais idosas e com ou sem deficiência.<sup>18</sup> Alterações físicas do ambiente requerem, em sua grande maioria, o investimento na aquisição de corrimãos, lixas antiderrapantes e outros itens que podem não caber no orçamento de uma parcela da população.

Os estudos de Perracini<sup>viii\*</sup> indicam que o maior número de quedas acontece entre mulheres e, para Barbosa<sup>20</sup>, as ocorrências estão diretamente associadas à instabilidade postural, e este fator é considerado uma característica do processo de envelhecimento. Para Rebelatto e Morelli<sup>21</sup>, estão também associadas às dificuldades propiciadas pelo ambiente, entre as quais podem ser citadas: pisos escorregadios, encerados e molhados; ausência de corrimão. Confirmando a opinião desses autores, lembremos que quatro dos dez sofreram quedas porque escorregaram em pisos lisos (An. D. L. e J.).

Sabe-se que a queda está entre as principais causas de hospitalização das pessoas com 60 anos ou mais<sup>22</sup> e apresenta alta morbidade, constituindo assim um problema de saúde pública, além de representar a sexta causa de óbitos em idosos.<sup>23</sup> Ribeiro<sup>24</sup> e Brasil<sup>25</sup> preconizam que, para facilitar a circulação e evitar acidentes, é preciso eliminar obstáculos como tapetes, capachos, tacos soltos, fios elétricos estendidos pelo chão e objetos espalhados pela residência. Em nossa observação, percebemos o tapete funcional embaixo das pias e tanques, para receber a umidade própria das AVD, mas também tapetes no fim da escada e nas entradas das portas, merecendo destaque apenas a residência de An., que possui tapete no final de cada um dos oito lances de escada. Enquanto em apenas uma residência, a de M., encontramos móveis e objetos nos locais de circulação e, ao ser orientada sobre os riscos, ela justificou: “é uma casa de japonês, tudo desarrumado e tudo lotado de coisa, né?”.

Costa Neto<sup>26</sup> 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 o seu desenho deve 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. Já na residência de An. encontramos o dispositivo em todas as escadas e segundo ela “[...] mandei implantá-los na última reforma da residência e gastei mais com barras, corrimãos, bancos e as adequações em geral do que com a própria reforma”.

Embora a literatura aponte o banheiro como o grande vilão na incidência de quedas, em nosso estudo não houve nenhum relato de acidente no banheiro. Em nossa observação encontramos banheiros já adaptados a 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.

Segundo os entrevistados, o material educacional e as orientações recebidas dos profissionais da saúde e familiares permitiram ver o banheiro como o local com maior risco e isso justifica a adoção de medidas de segurança e maior atenção. Apenas um entrevistado, J., justificou a não inserção de nenhum item porque, em sua opinião, “ainda não precisa”.

#### *Discussão sobre os sentimentos pós-queda*

O fato de os indivíduos residirem sozinhos trouxe elementos interessantes de serem analisados, pois em um primeiro momento, residir sozinho pode estar relacionado a fatores positivos, como a autonomia e independência, e a fatores negativos, como solidão, medo e desamparo.

A queda e os fatores que a provocam não trouxeram ou desenvolveram pouco o sentimento de medo entre os entrevistados. Acredita-se que isso se deve ao fato de que eles não atribuem as quedas ao ambiente e sim às atitudes do momento, como lavar o piso com chinelo velho, subir em escadas, sair na chuva. Além disso, notamos um tom cômico, nos relatos, como se eles tivessem rindo de si mesmos ao narrarem a queda. Como vemos no discurso de A., de D. e de L. respectivamente: “[...] eu corrupeiei de lado assim e caí” [riso], “[...] bati a bunda no chão” [rindo] e “[...] eu escorreguei com os dois pés” [esboçou um ar de riso].

viii \* Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso, São Paulo, Secretaria de Saúde; 2006 apud<sup>19</sup>

Entre os entrevistados, nove caíram num momento em que estavam totalmente sozinhos em sua casa, o que demandou deles atitudes de autossocorro ou acionamento de familiares ou amigos. J., por exemplo, não chamou ajuda conforme vimos em seu relato e garante que não se feriu gravemente.

O relato de B. confirmou uma tendência que se repetiu em outros entrevistados que, no pós-queda, realizaram uma autoavaliação; alguns tocaram nas partes do corpo verificando se houve fraturas e analisando a intensidade das dores. Como apontamos, En. fez o relato mais dramático, pois explicitou as dificuldades enfrentadas pelo morador unipessoal quando sofre o acidente.

A expressão facial de D. deixou transparecer uma sensação de angústia pelo fato de estar sozinha, e L. descreveu a sensação de susto no momento da queda.

Com as entrevistas, verifica-se que de uma forma elementar, sabendo que não têm a 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.

Como já assinalado, o relato de An. demonstrou que, mesmo morando sozinha, sentiu-se "orgulhosa" por, na sua avaliação, não precisar de ajuda para se levantar e ter ido dirigindo, em busca de cuidado. Essas situações vivenciadas demonstraram que os indivíduos decidiram pela assistência após constatarem ou sentirem a gravidade do fato, e a autoanálise foi o fator determinante para a busca da assistência, que não ocorreu exatamente após o ocorrido, pois apenas An. e En. procuraram de imediato os serviços médico-hospitalares. M. e A. buscaram assistência em posto de saúde e D. na farmácia, enquanto os outros cinco entrevistados não buscaram assistência médica, valendo-se do autocuidado e da automedicação conforme B.

Outro fator considerado foi a insegurança com o atendimento no serviço de saúde, e a fala de M. mostra também a incerteza da gravidade ou do que realmente 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'. Não foram só quinze dias não, foram dois meses de dor".

### *Soluções*

Como soluções dadas pelos indivíduos foram consideradas as alterações físicas do ambiente: colocação de barras, rearranjos ou retiradas de móveis.

J. destacou na fala que não molha mais a calçada, como se com essa prerrogativa estivesse minimizando os riscos de queda. No entanto, 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 do acidente. Sua 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 a queda a uma associação entre o comportamento de subir em escada/ cadeira e 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 currei de lado assim e caí (riso)". E, por isso, ela não lava mais com sabão.

O relato de En. mostra que os familiares culparam o cachorro que se bateu em suas pernas. Ao relatar o fato, percebemos um sentimento de perda por ter sido afastada do animal:

*oh... 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...*

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 MH diz “mãe, mas não pode, a senhora é tão fanática na leitura, agora vai só pintar?!”*

Como sintetizado no Quadro 1, D. relata ter feito uma alteração espacial e instalado um dispositivo de segurança no local onde caiu. L. diz que a substituição do calçado foi a solução para evitar novas quedas. C. ressalta a sua crença religiosa, ao pedir proteção e prevenção vindoura a Nossa Senhora da Aparecida.

Entre os entrevistados, An. foi a que mais investiu em alterações depois do acidente, realizando, conforme vimos, reformas na sua residência. As alterações por ela realizadas estão de acordo com as recomendações de um *design* universal, preconizado pela NBR 9050<sup>27</sup>. Em um de seus relatos, ela confidencia: “gastei mais em barras de segurança [...] do que com a reforma [...]”.

Assim, como se vê no Quadro 1, apenas três (An., D. e A), entre os dez, promoveram alguma adaptação/modificação no domicílio após a ocorrência a fim de melhorar as realizações das AVD.

Alguns idosos, como J., M. e A. indicaram alteração de comportamento, destacando principalmente que não fazem mais a atividade que faziam no momento do acidente, ou quando a fazem prestam mais atenção e tomam mais cuidado.

Com a documentação visual e anotações das observações realizadas durante as visitas às residências dos idosos, percebeu-se que três dos dez efetivamente realizaram alterações, pequenas reformas, que podem ser consideradas como espaciais.

Mostrou-se que o medo de cair estava relacionado com uma qualidade de vida mais baixa<sup>28</sup>. Não foi notado o medo da queda em pesquisas com população mais vulnerável ou de classes sociais mais baixas. O maior medo esteve relacionado com a perda da autonomia e da possibilidade de residir sozinho, o que confirma a necessidade de políticas públicas<sup>29</sup>, nas quais os profissionais da saúde devem atuar a fim de garantir a autonomia e independência do idoso. No contexto do estudo aqui abordado, compreende-se que as mudanças efetuadas na residência dos idosos tiveram como objetivo a redução do medo de novas quedas e a permissão de que eles continuem realizando as atividades em casa.<sup>30</sup>

## Considerações finais

A constatação da pesquisa foi a de que os indivíduos participantes neste estudo tinham conhecimentos abrangentes sobre as causas, os fatores de riscos e principalmente sobre as consequências das quedas, o que de forma concreta mostrou-se nos discursos e nas observações das disposições ambientais como readequação de mobiliários e dos cômodos das residências. Um quesito encontrado, e que talvez possa ser apontado como uma lacuna nesse assunto, foi como o idoso passou a se comportar após o episódio do acidente.

O fato de residir em um ambiente cuja característica unipessoal aponta veemente para a exigência de uma condição de autonomia e saúde, pois esses indivíduos enfrentam no momento pós-queda o desafio de se autoavaliarem e decidirem pela real necessidade da busca de ajuda. A passagem por essa situação e o fato de enfrentá-la sozinho trouxe para esse grupo de indivíduos um processo de aprendizagem que desencadeou novas experiências e gerou alterações de comportamentos que puderam ser claramente

observadas e analisadas em seus relatos, embora os entrevistados fizessem questão de se apresentarem autônomos, afirmando que todas as atividades domésticas eram realizadas por eles, além de participarem de grupos e encontros sociais que proporcionam entretenimento e interação social.

Alguns procedimentos que visam prevenir e/ou evitar acidentes no interior dos domicílios puderam ser identificados e registrados conforme as alterações e implantações de dispositivos, como barras de segurança, tapetes antiderrapantes; com o mesmo objetivo ocorreram algumas mudanças de comportamento, como não molhar mais os pisos, usar sapatos com sola apropriada, redobrar a atenção nas realizações das AVD.

Apesar da queda ser um evento que demanda atenção e que apresenta gravidade, nos surpreendemos com o fato de, enquanto relatavam o acontecido, os indivíduos tratarem o assunto com ar de comichade, achando graça em si próprios. Embora residam sozinhos, a queda foi apresentada como algo que saiu do seu controle e, durante a fase de observação da pesquisa, não quiseram reforçar os fatores negativos do acidente. Eles mostraram vontade de continuar a viver sem medo, e reafirmaram a aprendizagem com as quedas mudando um e outro aspecto de sua residência e de seus comportamentos.

Os resultados encontrados apontam para falta de foco que a literatura científica tem dado ao assunto sobre os acidentes em residências unipessoais, no tocante ao comportamento dessa população, uma vez que os fatores de risco e as causas são amplamente descritos, mas as alterações realizadas e emoções vividas por eles após as quedas ainda são pouco citadas.

A capacitação dos profissionais para assistirem essa população torna-se imprescindível, enfatizando o papel do enfermeiro, como agente integrador de ações de promoção da saúde, uma vez que a sua atuação agrega a capacidade do conhecimento do ambiente e a interação direta com o indivíduo, a família, e os outros profissionais que podem participar desse cuidado.

Esses resultados levam este trabalho a subsidiar novos estudos com o intuito de definir e ajudar essa população a entender e se adaptar a essa condição de moradia.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19); (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
2. Mauritti R. Perspectivas sociológicas na análise da residência unipessoal [Internet]. CIES e-WorkPap 2007 [citado 2017 ago. 07];24:1-34. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/602>
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [Internet]. Brasília (DF); 2010 [citado 2017 ago. 07]. 46 p. (Série B, Textos Básicos de Saúde); (Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <https://goo.gl/s5GyGo>
4. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Publica [Internet]. 2004 fev. [citado 2017 ago. 07];38(1):93-99. Disponível em: <https://goo.gl/cqEcFS>
5. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1359-66.
6. Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.
7. Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL, Carvalho EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. Rev Neurociências. 2004;12(2):68-72.
8. Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shanoon D, et al. How-to guide : reducing patient injuries from falls [Internet]. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [citado 2017 ago. 07]. Disponível em: <https://goo.gl/GUu6jv>
9. Vicentine FB, Ferreira JBB, Vinhoti DS. Entre a gestão e o cuidado da saúde do idoso: enfoque no evento quedas. Med (Ribeirão Preto) [Internet]. 2016 [citado 2017 ago. 07];49(5):411-20. Disponível em: <https://goo.gl/ePVdLj>

10. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 dez. [citado 2017 ago. 07];46(6):1494–502. Disponível em: <https://goo.gl/3fwHc7>
11. Camargos, Mirela castro Santos ; Rodrigues RN. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2008 29 set.-03 out.; Caxambu. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG; 2008.
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social [Internet]. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008 [citado 2017 ago. 07]. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=T3BwPgAACAAJ&pgis=1>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; ABRASCO; 1994. 408 p.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1977. 229 p.
15. Felipe L, Cunha LCM, Cunha FCM, Cintra MTG, Gonçalves DU. Presbivertigem como causa de tontura no idoso. Pró-Fono Rev Atual Cient [Internet]. 2008 [citado 2017 ago. 07] Jun;20(2):99–104. Disponível em: <https://goo.gl/Xbrdlf>
16. Lima ABR. Ambiente residencial e envelhecimento ativo: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade [tese na Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011 [citado 2017 ago. 07]. Disponível em: <https://goo.gl/NCQbHE>
17. Barros CFM. Casa segura: uma arquitetura para a maturidade. Rio de Janeiro: PoD; 2000.
18. Story M, Mueller JL, Mace RL. The universal design file: designing for people of all ages and abilities. Des Res Methods J [Internet]. 1998 [cited 2017 Aug 07];1(5):165. Disponível em: [https://projects.ncsu.edu/ncsu/design/cud/pubs\\_p/pudfiletoc.htm](https://projects.ncsu.edu/ncsu/design/cud/pubs_p/pudfiletoc.htm)
19. Carlos AP, Hamano LH, Travensolo CF. Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina. R Kairós [Internet];2009 [citado 2017 ago. 07];12(1):181-96. Disponível em: <https://goo.gl/uPgQP2>
20. Barbosa MT. Como avaliar quedas em idosos? R Assoc Med Bras [Internet]; 2001 jun.[citado 2017 ago. 07];47(2):93–4. Disponível em: <https://goo.gl/G2hboR>
21. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole; 2007.
22. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ci Saude Colet. 2008;13(4):1265–73.
23. Antes DL, Schneider IJC, D’Orsi E. Mortalidade por queda em idosos: estudo de série temporal. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 dez. [citado 2017 ago. 07];18(4):769–78. Disponível em: <https://goo.gl/FMjcVM>
24. Ribeiro AP. Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2006 [citado 2017 ago. 07]. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3600>
25. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Guia prático do cuidador [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2017 ago. 07]. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://goo.gl/KdcFt>
26. Costa Neto MM, organizador. Instabilidade postural e queda. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2017 ago. 07]. (Caderno 4, Atenção à Saúde do Idoso - Instabilidade Postural e Queda). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_idoso\\_cab4.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_idoso_cab4.pdf)
27. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: Acessibilidade edificações mobiliários espaços e equipamentos urbanos [Internet]. Rio de Janeiro; 2005[citado 2017 ago. 07]. Disponível em: <https://goo.gl/g6YNe>
28. Lachman ME, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assmann S, Peterson EW. Fear of Falling and Activity Restriction: The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE). J Gerontol B Psychol Sci Soc Sc [Internet]. 1998 Jan [cited 2017 Aug 07];53(1):P43-50. Disponível em: <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/geronb/53B.1.P43>

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006 [Internet]. Brasília-DF, Brasil: Ministério da Saúde; 2006. p. 19. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaldosa.pdf>
30. Zijlstra G, van Haastregt J, van Eijk Jt, Kempen G. Evaluating an intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomised controlled trial [ISRCTN43792817]. *BMC Public Health*. 2005 Mar[cited 2017 Aug 07];21;5:26. Disponível em: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-26>