

A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde

Edmundo de Drummond Alves Junior^{1,2}

edmundodrummond@uol.com.br

Fátima de Lima Paula^{2,3}

fatima.lima.paula@gmail.com

¹ Universidade Federal Fluminense - UFF - Niterói - RJ - Brasil

² Grupo de Pesquisa em Envelhecimento e Atividade Física - Universidade Federal Fluminense - UFF - Niterói - RJ - Brasil

³ Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - Rio de Janeiro - Brasil

Alves Júnior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fit Perf J.* 2008;7(2):123-9.

RESUMO: O conceito de saúde veio sofrendo transformações com o decorrer das últimas décadas, chegando atualmente a ser incorporado à idéia de promoção da saúde e qualidade de vida. A mudança paradigmática do que se considera como saúde permite pensar em estratégias mais eficientes. Neste artigo, a questão das quedas se tornou central, já que os dados epidemiológicos se mostram significativos em diversas partes do mundo, não se resumindo a uma determinada classe social, etnia ou mesmo gênero. Procuraremos entender a prevenção de quedas como uma forma de promover a saúde do idoso. Salientamos a importância de estratégias provenientes dos princípios da promoção da saúde, que são a prevenção, proteção e educação para a saúde no propósito de diminuir a incidência dos episódios de quedas. Em países considerados mais desenvolvidos, mesmo que ainda timidamente, já se observam programas oficiais de saúde pública de prevenção de quedas, mas percebe-se que aqui no Brasil ainda não foram dados grandes passos em relação a isso. Esse trabalho teve como objetivo mostrar a importância da prevenção de quedas e reforçar a necessidades dessa prevenção em âmbito mais amplo: espaços associativos; instituições gerontológicas; centros dia; hospitais; escolas e postos de saúde. Apresentamos um projeto que considera o lazer e a animação cultural como estratégia pedagógica.

Palavras-chave: Saúde, Idoso, Saúde do Idoso, Prevenção de Acidentes.

Endereço para correspondência:

Universidade Federal Fluminense - Centro de Estudos Gerais - Rua Miguel de Frias, 9 - Icaraí - Niteroi - RJ - CEP 24000-000 - Brasil

Data de Recebimento: janeiro / 2008

Data de Aprovação: fevereiro / 2008

Copyright© 2008 por Colégio Brasileiro de Atividade Física, Saúde e Esporte.

ABSTRACT

The prevention of falls under the aspect of health promotion

The concept of health has been changing, now reaching the idea of health promotion and quality of life. This new paradigm makes it possible to consider more efficient strategies. We allocated the focus on the problem of falls became since epidemiological data show its significance in many parts of the world, not resuming to a particular social class, ethnicity or gender. The increase in life expectancy asked for public policies for the improvement of the quality of life of that population. Elderly fall is a public health problem that needs to be better studied. To reduce the incidence of falls we emphasize prevention, protection and education which are strategies from the principles of health promotion. In some developed countries, we can find official public health programs for the prevention of falls. But here in Brazil not many steps have been done towards this. The aim of this article is to show the importance of the prevention of falls and reinforce the need of enlarging its context, as in: elderly associations and retirees institutions; centers day; hospitals; schools; and ambulatories. We present a project that takes into account the leisure and entertainment as a cultural and pedagogical strategy inserted in education to health.

Keywords: Health, Aged, Health of the Elderly, Accident Prevention.

RESUMEN

La prevención de caídas bajo el aspecto de la promoción de la salud

El concepto de la salud sufrió transformaciones en las últimas décadas, llegando hoy a incorporar la idea de promoción de la salud y de calidad de vida. El cambio del paradigma de lo que se considera salud permite pensar en estrategias más eficientes. En este artículo la cuestión de las caídas se convirtió en un aspecto central ya que los datos epidemiológicos si presentan como significativos en diversas partes del mundo, para distintas clases sociales, etnias o mismo género. Buscaremos entender la prevención de caídas como una forma de promoción de la salud de los adultos mayores. Destacamos la importancia de estrategias que sigan los principios de la promoción de la salud: la prevención, la protección y la educación para la salud, en la intención de disminuir la incidencia de los episodios de caídas. En países considerados desarrollados, aun que tímidamente, ya se observan programas oficiales de salud pública de prevención de caídas. En Brasil, todavía, eso aun es muy incipiente. Este trabajo tiene por objetivo demostrar la importancia de la prevención de caídas y reforzar la necesidad de prevención en diversos locales: espacios asociativos; instituciones gerontológicas; hospitales; escuelas; y agencias de salud. Presentamos un proyecto que considera la recreación y la animación cultural como estrategias pedagógicas.

Palabras clave: Salud, Anciano, Salud del Anciano, Prevención de Accidentes.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde surge no final dos anos oitenta como um conjunto de idéias que sugerem desde mudanças no estilo de vida a estratégias das mais diversas, que passam, entre outras: a) pelas políticas públicas; e b) pela criação de novas redes sociais que possibilitem intervir na saúde coletiva. Não se resumindo mais a pensar no aspecto individual, em ter ou não saúde, deve-se ter clareza que a promoção da saúde se apresenta como uma resposta à tradicional medicalização da saúde¹.

Fruto do discurso contemporâneo da saúde, deve-se reconhecer a ausência de homogeneidade, no que toca as estratégias que são empregadas, como os princípios ideológicos que lhe dão suporte. Consideraremos neste texto a fundamental contribuição do campo educacional para conciliar os princípios básicos da promoção, que engloba ainda a proteção e a prevenção. Em especial, daremos atenção à discussão do problema das quedas que ocorrem com idosos.

As quedas, por si só, já se apresentam como um grande problema. Porém, quando se observa o segmento idoso, verifica-se que esse problema toma maiores proporções. As reflexões que trazemos neste artigo consideram não só a importância da queda, mas também, de uma intervenção que não deve envolver apenas o grupo de maior risco, mas sim atuar a nível primário com outros grupos.

Mesmo sabendo que os mais jovens caem bastante e que os praticantes de diversos tipos de esportes absorvem estas quedas como algo mais normal, passa a ser motivo de nossa preocupação as quedas que vão acontecer com aqueles que têm ossos mais frágeis, em geral pessoas mais idosas, cujas quedas acarretam conseqüências mais importantes no que toca a saúde. Falar em queda é considerar os motivos que levam alguém a não

conseguir manter uma determinada estabilidade postural e que, tanto por causas intrínsecas quanto extrínsecas, acaba caindo. De imediato, fica o registro de que é significativo o fato de que, a cada três pessoas com mais de 60 anos, uma cai ao menos uma vez por ano.

O grande aumento das taxas de pessoas consideradas idosas em nosso país acompanha o que já vinha ocorrendo em nível global, percebido nas profundas alterações nas pirâmides etárias das últimas décadas, oriundas do fenômeno da transição demográfica que há alguns anos atinge diversos países considerados desenvolvidos². No campo da saúde pública somos partidários de propostas que envolvam os mais diversos segmentos, que levem o indivíduo a pensar no coletivo, incluindo aí o meio ambiente que freqüentamos, as idiosincrasias de uma sociedade desigual, na importância do envolvimento associativo, e entre outras, na constante vigilância e envolvimento nas decisões que se transformam em políticas públicas.

Partindo do princípio que muitos episódios de quedas podem ser evitados a partir de medidas simples, o propósito deste artigo é o de sugerir o equacionamento do problema da incidência de quedas através de programas que estão de acordo com o ideário da promoção da saúde. Depois de traçar um breve perfil da problemática das quedas em idosos, incluiremos as quedas e em especial as que ocorrem com aqueles que são considerados idosos, como um problema de saúde pública. Finalizamos nossa abordagem, comentando os programas que vêm sendo utilizados com o objetivo de conscientizar e minimizar o problema das quedas.

O conceito de saúde

Sobre a trajetória dos conceitos acerca da saúde, desde as posições mais arcaicas até as assumidas na contemporaneidade são encontradas numa abrangente pesquisa. Nela são observadas desde o sentido que era dado pela linguagem, tanto nas instituições de nossa sociedade, como nas estruturas de nosso psiquismo³. Estes autores buscaram estabelecer as representações do significado da saúde, bem como suas funções na sociedade. No Simpósio de Paris, realizado em 1985, foi apresentado o argumento de que “o significado da saúde é tanto mal compreendido pelos profissionais da saúde como pelos usuários. Para os primeiros, a saúde é geralmente percebida como um alvo em si mesmo, um objetivo a ser alcançado. Para os segundos, ela é, sobretudo, um meio para atingir objetivos mais gerais que levam em consideração a qualidade de vida, e é freqüente que esse meio não seja considerado como prioritário”⁴.

Durante muito tempo entendeu-se a saúde como algo exclusivo da esfera médica. Entretanto, alguns pesquisadores, percebendo sua multifatorialidade, passaram a entendê-la como algo mais amplo. Foram descritos dois modelos de saúde, um mais tradicional e antigo, e outro mais progressista. O modelo médico é o primeiro, vindo a ser redimensionado a partir do que se considerou como modelo global. O modelo médico é considerado fechado, com a doença sendo compreendida como algo fundamentalmente orgânico, afetando o indivíduo, necessitando ser diagnosticada e tratada (abordagem curativa) pelos médicos. Já o outro modelo, seria considerado aberto: nele, a doença seria resultado de fatores complexos, orgânicos, humanos e sociais, afetando não só o indivíduo, como a família e o meio ambiente. Para sua efetivação seria necessária uma abordagem contínua, da prevenção à readaptação, que leva em consideração os fatores orgânicos, psicológicos e sociais. A intervenção não é mais exclusiva dos médicos, e sim dos profissionais da saúde, que devem atuar em cooperação, num sistema aberto e interdependente com a comunidade⁵.

Assim, saúde, em oposição à doença, passou a não fazer mais sentido, pois já na década de 40 essa oposição era vista como simplista e reducionista, dando lugar a uma outra concepção, que há muitos anos tem sido referenciada com freqüência: saúde não sendo mais “apenas a ausência de doenças ou enfermidades, mas um completo bem-estar físico, mental e social”⁵. Essa conceituação também foi logo sujeita a críticas: considerada pretensiosa em excesso, utópica e, talvez mesmo, inacessível. A observação atual mostra que a noção de saúde varia segundo os indivíduos, as civilizações, as épocas. A noção de estado completo de bem-estar físico, mental e social, que seria o mesmo para todas as pessoas, é uma generalização abusiva⁴, daí a importância de repensá-la a partir de outros significados. O conceito ‘saúde’ constitui um ponto-cego para a ciência epidemiológica e discute a necessidade de uma nova definição da saúde em sociedades concretas, para o enriquecimento da pesquisa e prática da Saúde Coletiva⁶.

O campo da Saúde compreende: a biologia humana (idade, gênero, ciclo de vida e herança genética); ambiente (inclui o físico, o sócio-econômico e cultural); estilo de vida (higiene pes-

soal, dieta, atividades físicas, comportamento sexual e outros); e serviços de saúde⁷. Deve-se considerar que a medicalização da saúde acabou exercendo uma forma de controle social que se apresentou como ‘repositório de verdades’⁸. O processo conhecido como medicalização, trataria de quatro aspectos: primeiro, do que se considera relevante para a prática de uma boa medicina; depois, pela retenção e controle de determinados procedimentos técnicos; em terceiro lugar, a apropriação de conhecimento de certas áreas; e, finalmente, a que vem nos interessando discutir, o que na medicina se considera como contribuição para um estilo de vida saudável. Com a insatisfação do conceito de saúde considerado negativo, surgiram outras formas de encarar o tema, e um novo conceito de promoção da saúde procurou fazer avançar essa discussão.

A promoção da saúde como um novo paradigma

A noção de saúde individual soma-se à de saúde comunitária, o que abre espaço para se questionar as políticas de saúde que visam pura e simplesmente o prolongamento da vida, sem que se tenha preocupação com as condições efetivas para a tal qualidade de vida. Numa nova concepção de saúde, o modelo global passou a ser entendido como educacional, tendo características distintas⁴.

Levando em consideração que a saúde depende de fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, o trabalho interdisciplinar torna-se imprescindível para a promoção da saúde e o ‘educador’ passa a ter um papel relevante nesse trabalho. Sendo iguais os poderes do educador e do indivíduo, considera-se que o primeiro tem saberes específicos sobre a saúde e pode fornecer os subsídios para auxiliar os indivíduos. Cabe então a estes decidirem se seguem ou não as recomendações.

Certamente não faltam críticas e existem hoje diversas interpretações do que se entende como ‘promoção da saúde’. Mas, uma coisa parece ser consenso: ela deve ser parte de um processo que confere às populações os meios de assegurar maior controle sobre sua própria saúde e de interferir nas possíveis melhoras. Esse conceito, que incorpora a educação para a saúde, vai mais além do simples caráter preventivo de certas campanhas.

A promoção da saúde é definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”⁹. O objetivo da promoção da saúde seria, então, capacitar os “pacientes”, multiplicadores e profissionais como promotores da saúde ‘generalistas’. Nos programas de promoção da saúde nas empresas são encontrados alguns erros comuns: objetivos imprecisos e equivocados; metas muito ambiciosas; desconhecimento do perfil e necessidade de saúde do público-alvo; desconexão do estágio de motivação do público-alvo; comunicação inadequada com o público-alvo; e intervenções não comprovadas cientificamente⁹.

Um dos indicadores que serviram à OMS para propor ações de promoção da saúde é a autogestão da saúde, tanto pelo indivíduo como por grupos¹⁰. Nele são considerados determinados hábitos que podem passar por atividades que, com muita freqüência, são realizadas no tempo destinado ao lazer. O lazer como direito está

inserido nas legislações brasileiras^{11,12,13}, o que, mesmo causando espanto, esta inclusão na forma de lei não desmerece a sua relevância como mais uma necessidade social¹⁴ que permite e merece ser incluída em uma proposta de promoção da saúde. Este tipo de compreensão evitaria a ocorrência de um dos principais erros dos programas de promoção da saúde, que é o da desconexão de motivação do público alvo, o que acarreta a falta de adesão, de compromisso dos participantes, principalmente em programas que têm prazo reduzido. Ao se ignorar a importância de se constituir grupos fortes, com laços de sociabilidade significativos, a noção de pertencimento ao programa acaba provocando o desligamento de muitas pessoas.

Quando se fala em lazer e seu duplo sentido educativo, educar pelo e para o lazer, e sua relação com a promoção da saúde, falamos da animação cultural como estratégia pedagógica de mediação, na qual o profissional que atua no campo da promoção da saúde pode encontrar uma potente ferramenta. Ao assumir esta opção passamos também a considerar o profissional do lazer como aquele que vai atuar no campo da animação. Merece registro que a animação incluída na pedagogia social já é uma formação com bastante tradição em países europeus. Considerando as especificidades brasileiras, reconhecemos que em nosso país não se apresenta como uma formação específica. A animação cultural, enquanto tecnologia educacional, está "pautada na idéia radical de mediação (que nunca deve significar imposição), que busca permitir compreensões mais aprofundadas acerca dos sentidos e significados culturais"¹⁵. Como proposta de intervenção, seu campo de prática passa a ser amplo, indo desde os postos de saúde, as escolas, os sindicatos, a família, ou seja, onde o processo educativo estiver presente.

Como se vê, a saúde passou a ser "percebida como uma possibilidade da vida cotidiana, e não como um objetivo de vida. É um conceito positivo, que coloca como valores os recursos sociais e individuais, bem como as capacidades físicas. Desta forma, ela não é de única responsabilidade dos setores sanitários: ela vai além dos modos de vida saudáveis para visar o bem-estar"⁴.

Sendo assim, a promoção da saúde inclui, então: educação, geração de trabalho e renda, habitação, lazer e cultura, transportes, meio ambiente, assistência social; e, deverá ter suas estratégias de atuação coordenadas pelas chamadas 'políticas saudáveis'¹⁶.

Idosos que caem: podemos falar de um problema de saúde pública?

Com o avançar da idade aumenta consideravelmente o número de quedas das pessoas. Se 30% de indivíduos americanos com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez ao ano, 10% deles têm mais de 80 anos. Também é importante saber que, aproximadamente, 10 bilhões de dólares são gastos anualmente com cuidados de fraturas associadas às quedas nos Estados Unidos¹⁷. Segundo o 'Guideline for the prevention of falls in older persons', enquanto as lesões acidentais ocupam o quinto lugar das causas de morte em idosos, as quedas são responsáveis por 2/3 das mortes resultantes das lesões acidentais¹⁸.

Esses dados não diferem do que vem sendo observado no Brasil¹⁹. Segundo o Ministério de Saúde, a taxa de mortalidade por

quedas de brasileiros com 80 anos ou mais foi de 14,24%, e na faixa de 70 a 79 anos foi de 5,26%. Ainda com relação ao Brasil, sabemos que 30% dos idosos caem ao menos uma vez por ano; 5% das quedas resultam em fraturas; entre 5% e 10% resultam em ferimentos que necessitam de auxílio médico. Dois terços tem chance de recidiva em seis meses após a queda^{20,21}.

Segundo o Ministério da Saúde (Datasus), as internações de idosos por quedas vêm aumentando ano a ano. Em 2004, houve, no Brasil, 59.906 internações hospitalares de idosos por quedas. Em 2005, esse número aumentou para 61.368; e, em 2006, passou a 63.381. Das 7.376 internações de idosos por causas externas, ocorridas no Rio de Janeiro entre janeiro e outubro de 2007, 4.737 (64%) foram devidas a quedas.

Segundo o Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde²², entre 1979 e 1995, por volta de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo 52% delas (28.460), idosos. Entre 1996 e 2005 o número de óbitos de idosos por quedas registrado no Datasus é de 24.645. Observa-se que nos últimos 10 anos as quedas levaram a óbito quase o mesmo número de idosos dos 17 anos observados pelos autores. Foram analisadas 13.383 mortes e as 87.177 internações hospitalares registradas pelo Sistema Público de Saúde, em 2000, e realizaram um estudo da morbi-mortalidade por causas externas em indivíduos com mais de 60 anos²³. Segundo os autores, no Brasil, as quedas foram responsáveis por 2.030 mortes nesta faixa etária, ocupando o terceiro lugar de mortalidade. Em relação à morbidade, elas ocupam o primeiro lugar entre as internações. Podemos citar, como principais problemas decorrentes das quedas, lesões das mais variadas formas, com destaque para as fraturas, notadamente, as fraturas do fêmur.

Verificou-se que a frequência de quedas em idosos é muito maior do que se conhece. Isto se deve ao fato de que muitos idosos consideram uma queda algo natural da idade e acabam não revelando o fato ou desconsideram sua causa. Além disso, muitos deles optam por não relatar o caso por vergonha e sensação de decadência²⁴. Diante da dificuldade de registros confiáveis, percebe-se a necessidade de mais estudos epidemiológicos voltados para a queda do idoso, pois certamente este problema, que já se apresenta como preocupante, tem dados bastante significativos que já há muito tempo mereciam receber melhor atenção dos responsáveis pelas políticas de saúde pública.

Os fatores de risco relacionados às quedas em idosos podem ser classificados como extrínsecos e intrínsecos²⁰. Os extrínsecos são potencialmente influenciados pelos fatores ambientais, tais como, iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos, obstáculos, calçados e roupas inadequadas, maus-tratos, buracos e irregularidades no solo. Os fatores intrínsecos estão relacionados com as alterações resultantes do envelhecimento e de determinadas doenças, como: hipotensão postural, insuficiência vértebro-basilar, demência, neuropatia periférica, acidente vascular encefálico isquêmico transitório, parkinsonismo, depressão, diminuição da visão e da audição; distúrbios vestibulares, proprioceptivos e músculo-esqueléticos; deformidades dos pés, entre outros. Além disso, medicamentos como antidepressivos, hipoglicemiantes, anti-

hipertensivos, também são considerados como fatores de risco para queda em idosos^{25,26}.

Todos, independente da faixa etária, estão sujeitos a cair. Porém, pela incidência de conseqüências com maior gravidade e pela demora na recuperação, é natural o temor por parte das pessoas idosas, pois, certamente, eles sabem por exemplos já observados, que uma queda pode significar incapacidade, limitações e até mesmo a morte²².

Quando ocorre uma queda com um idoso, ele se torna mais fragilizado pelo fato de que, culturalmente, isso para ele pode representar tanto decadência quanto fracasso, potencializando sentimentos de vulnerabilidade, humilhação e culpa. O trauma físico não é o único impacto resultante. Foram pesquisadas as conseqüências diretas da última queda ocorrida no ano anterior da investigação. Categorizaram-se os resultados a partir das conseqüências físicas, do declínio funcional, da necessidade de serviço de saúde e de tratamento²⁷. Entre as conseqüências de ordem física, estão as fraturas, lesões da pele, estiramentos, luxações da articulação, traumas cranianos e entorses. Os de maior repercussão foram fraturas, luxações e trauma craniano. Quanto ao declínio funcional, foram avaliados os graus de dificuldade para realizar as seguintes tarefas: subir escadas, vestir-se, elevar-se da cadeira, cortar as unhas do pé, caminhar na rua e dirigir um carro. Os autores citam que 68,1% sofreram lesões físicas, 23,5% usaram serviço de saúde, 35,3% tiveram declínio funcional, 16,7% tiveram declínio das atividades sociais fora de casa, 15,2% declínio das atividades físicas e 17,2% precisaram de tratamento médico. Foram encontrados ainda outros agravantes, como o uso de vários medicamentos. Finalmente, foi observado que depressão e quedas dentro de casa estavam significativamente associadas ao declínio do nível de função, como conseqüência da última queda.

Tem sido encontrada ainda na literatura outra conseqüência das quedas, classificada como 'síndrome pós-queda'. Após uma queda, o idoso passa a sentir medo de novas quedas, o que o leva a uma perda da confiança na capacidade de realizar as tarefas rotineiras. Esses sentimentos produzem modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda da autonomia e independência, diminuição de atividades sociais e a sensação de insegurança e fragilidade²².

O fato da queda provocar fraturas, atendimentos hospitalares e dependência para o idoso, conseqüentemente causará custos, o que, economicamente, não deixa de ser um problema a mais, tanto para a família como para o Estado. Para se ter uma idéia, em 1994 as quedas entre idosos custaram aproximadamente vinte bilhões de dólares nos Estados Unidos²⁸.

As quedas acabam por comprometer significativamente a qualidade de vida do idoso, pois ele irá restringir cada vez mais seus deslocamentos fora da residência, impondo um isolamento social e causando ansiedades e estresse. Como se vê, as quedas podem produzir prejuízos físicos, psicológicos, sociais e econômicos. Daí vem a importância da prevenção e de programas específicos de intervenção e de pesquisa sobre o assunto²⁹.

O Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida está a Promoção, Informação e Educação em Saúde, com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento, sem neste caso, indicar a relevância do problema das quedas.

Dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde, encontra-se a Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – portaria n° 737. Os princípios básicos que norteiam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A prevenção de quedas é uma atividade que objetiva a redução de acidentes. Apesar disso, não se vê programas voltados para esse trabalho, o que faz com que nos perguntemos: por quê?

Para que um problema seja caracterizado como verdadeiro 'problema de saúde pública', deve-se levar em consideração seu potencial endêmico, seu impacto, tanto no indivíduo quanto na sociedade, e deve-se observar se a condição pode ser prevenida ou tratada³⁰.

Quando um idoso ativo sofre uma queda e torna-se limitado. Além dele, individualmente, perder qualidade de vida, sua família acaba por sofrer impacto, já que as atividades anteriormente exercidas pelo idoso terão que ser compartilhadas pelos familiares. Por outro lado, muitas vezes, esse idoso passará a necessitar de ajuda para realizar suas atividades de vida diária.

Partindo desse conceito, percebe-se que a queda de idosos é um problema de saúde pública e que esforços devem ser feitos para prevenir este evento. Tem sido de nosso interesse investigar e atuar diretamente com os idosos, sejam eles caidores regulares ou não²⁹. Verificamos que, normalmente, é sugerido nos vários programas de prevenção de quedas, melhorarem a qualidade de vida do idoso atuando em vários fatores de risco, tanto extrínsecos quanto intrínsecos.

Programas de prevenção de quedas sob a visão da promoção da saúde

Os programas de prevenção de quedas abordam a queda como um evento multifatorial. Geralmente esses programas incluem treino de força e equilíbrio, intervenção e avaliação dos obstáculos que existem no interior da casa do indivíduo, avaliação da visão, avaliação funcional e revisão de medicamentos. É muito importante que o profissional que trabalha com quedas tenha consciência de que este é um trabalho de promoção da saúde e

que, dentre os determinantes da saúde relacionados ao evento *quedas de idosos*, não se pode desprezar os determinantes sociais. Todo o programa de prevenção deve estar em sintonia com os determinantes sociais, sendo necessário assim, que se façam as devidas adaptações para o perfil do grupo a ser trabalhado.

Recomenda-se que num programa de prevenção de quedas de idosos estejam presentes três componentes principais que devem se articular: políticas, pesquisa e prática³¹. O papel das políticas é prover a infra-estrutura e o suporte para a integração da prevenção à prática. A pesquisa é necessária para embasar a aplicação das intervenções. E a prática é onde a evidência é aplicada de acordo com padrões e protocolos estabelecidos pelas políticas.

No Canadá encontramos a formação do British Columbia Falls and Injury Prevention Coalition; nos Estados Unidos, o National Safety Council, o National Home Safety Council, o National Council on Aging e o Falls Free Coalition. Ainda nos EUA, existe o projeto de lei H.R. 5608 The Keeping Seniors Safe from Falls Act of 2006; na Austrália foi criado no National Falls Round Table, o National Falls Prevention for Older People Plan³¹.

Nos Estados Unidos foi feito um levantamento de programas de prevenção de quedas de idosos, cujos objetivos eram educação, avaliação do ambiente domiciliar e modificações necessárias nesses ambientes. Foram citados 18 programas nos seguintes locais: Arizona, California, Connecticut, Idaho, Kentucky, Maryland, New Hampshire, New York, Ohio, Pennsylvania, Utah e Virginia. Desses programas, nove eram voltados para idosos com 60 anos ou mais; três limitavam a idade mínima em 65 anos; um englobava idosos de 62 anos ou mais; dois focavam idosos com 55 anos ou mais; um abrangia quem tivesse mais de 18 anos; e dois não tinham limite de idade. De uma forma geral, esses programas consistem de visitas, onde são verificados os riscos de quedas e são fornecidos panfletos com informações sobre segurança. Alguns executam reparos nas casas, quando necessários, e revisão de medicamentos.

No Canadá³² existem diversos programas de prevenção de quedas em suas províncias: Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Saskatchewan, Ontario, Quebec, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, todas apresentando informações educativas por meio de filmes, livros e manuais; doações de muletas e bengalas; avaliações do risco de quedas e programas personalizados de prevenção. O 'Short Term Assessment and Treatment Centre, Vancouver General Hospital', por exemplo, oferece para um pequeno grupo atividades físicas por 50min, por um período de três meses. O 'Medical Equipment Loan Services' oferece bengalas, muletas e andadores para idosos que estão se restabelecendo em casa, de cirurgias ou traumas. Além do material, ainda prestam informações de como utilizá-lo de forma correta. O 'Link to Health' é direcionado para indivíduos independentes, com 55 anos ou mais, e oferece exercícios de força e resistência durante três meses, uma a duas vezes por semana, com duração de 10min a 15min. O 'Education/Early Intervention Program-Falls Prevention Session' consiste em sete sessões de 45min a 60min voltadas para indivíduos com 55 anos ou mais.

O Programme intégré d'équilibre dynamique, no Quebec, objetiva a prevenção de quedas e fraturas em idosos. Ele consiste em exercícios em grupo, duas vezes por semana, com duração de uma hora. Esses exercícios têm foco na melhora da força, do equilíbrio e da propriocepção. Além disso, é oferecida uma série de exercícios para serem realizados em casa, uma vez por semana, e informações educativas, também uma vez por semana, referentes a riscos no domicílio, osteoporose, medicamentos. O programa tem duração de 12 semanas³².

O que se observa nesses países citados é que todos apresentam uma preocupação em informar e sensibilizar a população sobre as causas, conseqüências e a prevenção de quedas. Aqui no Brasil ainda existe um forte preconceito em relação a quedas, no que se refere à idéia de que a queda seja normal entre os idosos e que não haveria muito a fazer em relação a isso. A queda não é um evento discutido geralmente numa consulta médica, a não ser que ela tenha levado a conseqüências mais graves.

Como se observou, é comum nas propostas de prevenção de quedas: prática de exercícios físicos; inclusão da discussão do meio ambiente; rearranjo do domicílio; como enfrentar os obstáculos considerados como barreiras arquitetônicas e a acessibilidade a determinados locais; uso de equipamentos auxiliares à marcha; cuidados especiais com os pés e sapatos; ensinar a sair do solo após uma possível queda; aprender como cair. Ao se considerar a importância das questões saídas do âmbito intrínseco do indivíduo, sugere-se um estudo acurado que inclui uma avaliação funcional do indivíduo, que leva em conta até o conjunto de medicamentos ingeridos.

Foi pensando nestas características discorridas neste artigo, e principalmente na ausência de propostas voltadas à população brasileira, que nos fundamentamos para a elaboração de uma proposta que desde o ano de 2001 se desenvolve na Universidade Federal Fluminense sob o nome de 'Prev-quedas: prevenindo as quedas hoje evitará que o próximo a cair seja você'. Nele levaram-se em conta, além da problemática das quedas, as novas demandas que passaram a envelhecer a partir da segunda metade do último século e que passaram a ter uma percepção diferenciada do que é ser velho, passando a adotar uma nova postura de como enfrentar o tempo de aposentadoria. Este tempo, antes destinado ao repouso e uma espera passiva da morte, passou a ser um tempo de muita mobilidade social, privilegiando o lazer a partir da prática das mais diversas atividades e, principalmente, com ênfase nas que contêm exercícios físicos. Passou-se a estar diante de uma nova maneira de envelhecer; e foi aí que incorporamos o Prev-Quedas³³.

Normalmente a incorporação de exercícios físicos visa a intervir em qualidades físicas que atuam no processo de quedas. Como vimos, alguns programas sugerem movimentos que devem ser trabalhados individualmente e outros têm um tempo determinado de exercícios realizados em ambientes institucionalizados. No caso do projeto Prev-quedas, este veio a se diferenciar fundamentalmente das propostas que conhecemos pela incorporação do lazer e da animação cultural³⁴. Desta maneira, nos possibilitou atuar com os aspectos lúdicos e prazerosos. A hoje considerada perenidade do projeto, só foi possível pela sua característica de

se apresentar para o público-alvo como sendo um projeto que não tem um tempo determinado para encerrar, havendo participantes que seguem a proposta desde o ano de 2001. Outra diferenciação que se verifica vem da estratégia de intervenção realizada através da utilização nas suas atividades práticas de elementos da cultura corporal³⁵. Neste projeto procura-se descharacterizar uma queda como resultado único do processo do envelhecimento, como algo específico de velhos e considera-se a importância do trabalho coletivo e principalmente aquele que envolve diversas gerações, sem que o critério idade passe a ser definidor de quem pode ou deve participar do projeto³⁶.

DISCUSSÃO

Acreditamos que a queda de idosos seja um problema de saúde pública. Desta forma verifica-se a necessidade de criação de programas de prevenção, fato ainda não incorporado pelos responsáveis pela saúde pública brasileira. É urgente priorizar no Brasil mais este problema de saúde pública e, neste caso, viabilizar programas de prevenção de quedas. Paralelamente, deve-se ter como meta capacitar as pessoas que irão atuar nas intervenções, que não devem desconsiderar a importância de pesquisar mais o assunto. No que toca aos que vierem a passar pelos programas, estes devem ser estimulados a identificar os fatores de risco e a trabalhar seu corpo e o ambiente para tentar diminuir o risco de quedas. É importante que mais estudos sejam realizados para que testes simples de avaliação permitam a identificação de possíveis 'caidores'. Acima de tudo, deve-se identificar o perfil do grupo para que se possam trabalhar todos estes fatores, sempre de acordo com os determinantes sociais do referido grupo. Será então um conjunto de estratégias, que vão estar de acordo com o ideário da promoção da saúde, que vão melhor equacionar o problema auxiliando assim, o trabalho de prevenção.

Neste ensaio procuramos apresentar nossas preocupações com a temática abordada, apresentando uma proposta prática. Entretanto, pouco isto representará se não estiver integrado a uma política pública e um conjunto de novas reflexões. Afinal, o que leva a determinar a altura dos pisos de nossos transportes públicos; como anda o cuidado com o calçamento público; o que determina o tempo de um sinal luminoso; que tipos de árvores devem ser plantados para não se ter raízes quebrando o calçamento público; como educar os jovens para se prepararem para um envelhecimento saudável; como motivar os idosos a se integrarem a uma proposta de prevenção de quedas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buss PM. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde, In: Czeresnia D, Freitas C M, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 15-38.
2. Alves Junior ED. *A pastoral do envelhecimento ativo, [tese]*. Rio de Janeiro: Programa de pós Graduação em Educação Física, UGF, 2004.
3. D'houtaud A, Field MG. *La santé: Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Nancy: Presses universitaires; 1989.
4. Jacques B. *Education pour la santé*. Bruxelles: De Boeck; 1995.
5. WHO, World Health Promotion. *Constitution of the WHO. Chronicle of the WHO*. 1947;1(3).

6. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3(1):4-20.
7. Buss PM. *Determinantes sociais da saúde*. Aula do curso básico de saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
8. Zola IK. *Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society*. In: Tuckett D, Kaufert JM. *Basic readings in medical sociology*. London: Cambridge University Press; 1978.
9. Ferreira Junior M. *Efetividade em promoção da saúde*. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. Rio de Janeiro; 2005.
10. Drulhe M. *Santé et société*. Paris: PUF; 1996.
11. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988.
12. *Direitos da terceira idade*. Lei 8842. RJ: Auriverde; 1996.
13. *Estatuto do Idoso*. Lei 10741. Brasília, DF: Congresso Nacional; 2003.
14. Melo VA, Alves Junior ED. *Introdução ao Lazer*. São Paulo: Manole; 2003.
15. Melo VA. *Animação Cultural*. Campinas: Papirus; 2006.
16. *As Cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
17. Tinetti ME, Baker DI, Mcaay G, Clauss EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994;331(13):821-7.
18. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Guideline for prevention of falls in older persons. Panel on falls prevention*. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5):664-72.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Mortalidade Brasil: 1995*. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 1998.
20. Pereira SEM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. *Quedas em idosos. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
21. Parra EK, Stevens JA. *U. S. Fall prevention programs for seniors*. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control; 2000.
22. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. *Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público*. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(1):93-9.
23. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizumi MS. *Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual*. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(1):97-103.
24. Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002.
25. Joo JH, Mulsant BH. *Risk factors for falls during late-life depression*. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:936-41.
26. Rozenfeld S, Camacho LA, Veras P. *Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil*. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13:369-75.
27. Stel VS, Smith JH, Pluijm SMF, Lips P. *Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline*. *Age and Ageing*. 2004;33(1):58-65.
28. Binder S. *Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences*. *Inj Prev*. 2002;8:iv2-iv4.
29. Alves Junior ED. *Construindo um programa de prevenção de quedas que seja capaz de influir na vida ativa de pessoas com necessidades especiais: preparando-se para um envelhecimento saudável [CD-ROM]*. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte*; 2001; Caxambu. Goiânia: CBCE; 2001.
30. Costa JSD, Victora CG. *O que é um problema de saúde pública*. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):144-51.
31. Scott V. *World Health Organization Report: prevention of falls in older age*. *Falls Prevention: Policy, Research and Practice*. 2007.
32. *Liste des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté (Base sur le répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté prepare pour le Comité Federal/Provincial/ es hauts fonctionnaires pour les ministres responsables des aînés, 2001)*. 2003.
33. Alves Junior ED. *Da construção de uma nova maneira de envelhecer a uma proposta de prevenção de quedas*. In: *Envelhecimento e Atividade Física: diversos olhares sobre a prevenção de quedas*. Rio de Janeiro: ANIMA; 2006. p. 1-33.
34. Alves Junior ED. *Trabajando por la autonomía de los mayores mediante la animación cultural*. In: *Ventosa Y, coord. Perspectivas actuales de la animación sociocultural: cultura, tiempo libre y participación social*. Salamanca: Editorial CCS; 2006. p. 161-74.
35. Souza BVS. *Usando como estratégia elementos de cultura corporal para prevenir quedas*. In: *Alves Junior, ED. Envelhecimento e diversos olhares sobre a prevenção de quedas*. Rio de Janeiro: ANIMA; 2006. p. 147-61.
36. Alves Junior ED. *Educação intergeracional: privilegiar o lazer para possibilitar o diálogo cultural entre as gerações*. In: *Ferreira MPA, Marcellino NC. Brincar, jogar, viver*. Brasília: Ministério do Esporte; 2007. p. 41-54.