



Prevenção de quedas e casa segura: a repercussão de um grupo de educação em saúde com idosos

Fall prevention and safe house: the repercussion of an elderly health education group

Mirley de Jesus Medeiros

Terapeuta Ocupacional do Centro de Recuperação Social Campo Grande - Fundação Leão XIII, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;
E-mail: mirley.j.medeiros@gmail.com; ORCID: 0009-0009-4986-5455

Bruno Costa Poltronieri

Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;
E-mail: bruno.poltronieri@ifrj.edu.br; ORCID: 0000-0002-2127-0574

Marcia Regina de Assis

Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;
E-mail: marcia.assis@ifrj.edu.br; ORCID: 0000-0001-8371-3708

Resumo: Introdução: No envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas que podem favorecer a ocorrência de quedas entre as pessoas idosas. Prevenir quedas é importante para a saúde da pessoa idosa, pois estas podem causar diversas complicações. Estratégias preventivas, como grupo de educação em saúde, podem ser úteis para evitar agravos à saúde. **Objetivo:** Compreender a repercussão de um grupo de prevenção de quedas e casa segura no cotidiano de pessoas idosas por meio de suas percepções, e a compreensão delas acerca das atividades de educação em saúde desenvolvidas junto com as participantes. **Método:** O grupo de prevenção de quedas ocorreu semanalmente durante três meses com a participação de 10 pessoas idosas, que responderam um questionário sociodemográfico e foram avaliadas por meio de testes padronizados. No final, realizou-se um grupo focal e as narrativas das participantes foram categorizadas por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** As falas foram constituídas em duas categorias significantes para as pessoas idosas: A importância da educação em saúde e convivência como dispositivo para um grupo de educação em saúde. O grupo se mostrou potente para educação em saúde. **Conclusão:** O grupo foi uma estratégia importante para a prevenção de quedas e para interação dos participantes. Espera-se que os resultados possam estimular a produção de mais ações preventivas para a saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Acidentes por quedas; Prevenção de acidentes; Promoção de saúde; Terapia Ocupacional.

Abstract: Introduction: Aging promotes physiological changes that can cause falls among the elderly. The prevention of falls is important for the health of the elderly, as they can cause various complications. Therefore, preventive strategies, such as health education group, can be useful to avoid health problems. **Objective:** To understand the repercussions of the group of threats and safe houses in the daily lives of the elderly through their perceptions, and their understanding of the health education activities practiced throughout the group. **Method:** The fall prevention group took place weekly for three months with the participation of 10 elderly people, who answered a sociodemographic questionnaire and were evaluated using standardized tests. In the end, a focus group was held and the participants' narratives were categorized through content analysis. **Results:**

The speeches were constituted in two significant categories for the elderly: The importance of health education and coexistence as a device for a health education group. The group proved to be potent for health education. **Conclusion:** The group was an important strategy for the prevention of falls and for the interaction of the elderly. It is hoped that the results can stimulate the production of more preventive actions for the health of the elderly.

Keywords: Accidents falls; Accidents prevention; Health promotion; Occupational Therapy.

Introdução

O envelhecimento é algo natural e ininterrupto e tratar sobre suas demandas é algo crucial para a saúde da população em geral, já que é imaginável que todos um dia alcancem essa fase da vida.

O envelhecimento é definido por Neri¹ com um desenvolvimento gradativo de mudança no organismo que ocorre após a fecundação, sendo assim, o ser humano está envelhecendo desde o ventre de sua genitora¹. Esse processo faz com que o organismo se deprecie ao longo do tempo, ocasionando a probabilidade de diminuição de sobrevivência do sujeito. Este é caracterizado segundo Souza *et al*², como sendo um aspecto para além do corpo biológico, que envolve esferas psicológicas, sociais e culturais do indivíduo. Nesse processo há alterações fisiológicas que podem ou não levar a pessoa idosa a alguma comorbidade, fazendo com que o ela se torne mais vulnerável em relação à funcionalidade, independência e autonomia. Essas características sobre o envelhecimento não podem ser generalizadas, pois a maneira como o sujeito chegará à velhice depende, em partes, de como sua vida foi vivida.

Ribeiro *et al*.³ compreendem que essas alterações causadas pelo envelhecimento propiciam as quedas entre as pessoas idosas. As quedas caracterizadas como graves são aquelas em que o indivíduo procura um serviço de saúde e/ou obtém alguma fratura em decorrência dela⁴. As sequelas decorrentes das quedas graves são preocupantes, visto que podem ter efeitos diretos e/ou indiretos na saúde da pessoa idosa, que podem piorar ou provocar estados mórbidos⁵. Dados alarmantes mostram que, em 2013, no Brasil ocorreram 93.312 e 8.775 internações e mortes por quedas de pessoas idosas, respectivamente⁶.

As sequelas ocasionadas pelas quedas são prejudiciais às pessoas idosas, pois após o ocorrido muitas ficam com medo de sair de casa, o que dificulta a realização de suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades de vida diária (AVD). E, para além do medo, existem outros fatores pós-quedas que prejudicam as AVDS e AIVDS, como: dores, perda de função, síndrome de imobilidade, superproteção da família e/ou do cuidador e medo de cair novamente. Isso acarreta diminuição da independência e autonomia da pessoa idosa. Além disso, há outros impactos que são provenientes das quedas, como: hospitalização, morbidades, institucionalização e excesso de consumo de serviços

sociais e de saúde, os quais podem causar prejuízos a algumas pessoas idosas quanto à situação socioeconômica^{3,4,7,8}.

Diante do exposto, entende-se que a prevenção de quedas é muito importante para a saúde da pessoa idosa. Desse modo, iniciativas, como grupos voltados para a prática preventiva, são relevantes tanto para os sujeitos que participam dessa ação coletiva, quanto para o próprio Estado, por questões orçamentárias, pois sabe-se que prevenir é mais coerente e barato do que tratar as possíveis complicações pós-queda⁹. Conhecer e conscientizar as pessoas idosas sobre as barreiras e obstáculos ambientais que podem levá-las às quedas, no caso deste estudo o ambiente domiciliar, faz-se necessário. As primeiras quedas, em sua maioria, ocorrem na casa da pessoa idosa, e os fatores principais são: superfícies irregulares, pisos escorregadios, escadas sem corrimão, pouca iluminação, banheiro sem suporte e/ou apoio e obstáculos no quintal¹⁰.

O grupo de prevenção de quedas e casa segura foi planejado no âmbito de uma instituição federal de ensino para ser uma ação de educação em saúde, com objetivo de estimular a atenção das pessoas idosas para os fatores extrínsecos que podem levar a quedas. Assim, essa pesquisa teve a intenção de responder às seguintes perguntas: o grupo de prevenção de quedas e casa segura favoreceu mudanças de atitudes ou adaptações seguras para as pessoas idosas? Qual a repercussão deste grupo no dia a dia das participantes?

Por fim, os objetivos do estudo são: compreender a repercussão de um grupo de prevenção de quedas e casa segura no cotidiano de pessoas idosas por meio de suas percepções e a compreensão deles acerca das atividades de educação em saúde desenvolvidas ao longo do grupo.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, que busca compreender a repercussão de um grupo de prevenção de quedas e casa segura, no cotidiano de pessoas idosas atendidas em um projeto de pesquisa e extensão, no âmbito de uma instituição de ensino superior no município do Rio de Janeiro.

O grupo de prevenção de quedas e casa segura aconteceu na sala de AVD e AIVD de Terapia Ocupacional e contou principalmente com orientações sobre o ambiente domiciliar para evitar as quedas, além de abordagem sobre os cuidados ao caminhar na rua, tanto em dias ensolarados quanto chuvosos. Houve ainda a prática de alongamentos, atividades lúdicas e de simulação da realidade em formato de circuitos, no qual a pessoa idosa precisava desviar de objetos, passar por rampas e prestar atenção no chão. O cronograma dessas atividades está descrito na tabela 1. O objetivo dessas

atividades foi favorecer a reflexão junto aos participantes sobre quais medidas são importantes para garantir a segurança durante a locomoção no ambiente domiciliar e na rua.

Tabela 1. Cronograma das atividades realizadas no grupo de prevenção de quedas e casa segura

ENCONTROS	ATIVIDADES REALIZADAS
Avaliação dos participantes	Realização da avaliação quanto: Dados sociodemográficos, TUG, TAF e EARQUE seções A e B.
Abertura das atividades	Apresentação do grupo: Pactuações e objetivos do trabalho.
1º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre os cuidados na cozinha; Atividade simulada referente a "erros" que podem levar a quedas na cozinha; Alongamento sentado com os participantes.
2º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre os cuidados na sala; Circuito proprioceptivo "simulando os obstáculos na rua".
3º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre os cuidados no quarto; Alongamento com os participantes na cama.
4º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre os cuidados no banheiro; Atividade de dupla tarefa.
5º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre os cuidados na área externa (quintal, sacada e varanda).
6º Encontro	Atividade de revisão de todos os temas discutidos anteriormente; Quiz da prevenção de quedas.
7º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre atitudes comportamentais que podem levar a quedas; Diálogo sobre situações que envolvem risco de queda.
8º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre cuidados na rua; Realização de circuito proprioceptivo com obstáculos que representem os da rua (escadas, objetos pelo chão, etc.).
9º Encontro	Atividade expositiva dialogada sobre cuidados na rua; Realização de atividade de dupla tarefa.
10º Encontro	Atividade de preparação para atividade externa (visita a um centro cultural).
11º Encontro	Atividade de visita ao Centro Cultural.
12º Encontro	Roda de conversa sobre acessibilidade e impressões obtidas pelos participantes após atividade externa.
13º Encontro	Jogo de tabuleiro com perguntas sobre prevenção de quedas.
14º Encontro	Caminhada pelo quarteirão com foco na observação do que foi orientado ao longo do grupo; Lanche de confraternização.
15º Encontro	Grupo focal; Aplicação do EAQUE seção A e confraternização.

Fonte: Elaborado pelos autores

Ocorreram 15 encontros no período de agosto a dezembro de 2018, com um quantitativo inicial de 14 pessoas idosas e permanência de 10 pessoas ao término do grupo. O recrutamento dos participantes ocorreu por meio de um convite às pessoas idosas já cadastradas na clínica escola. Foram incluídos na pesquisa pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos; sem déficit severo de mobilidade (podendo utilizar algum dispositivo de marcha); sem déficit cognitivo (verificou-se o prontuário das pessoas idosas na clínica-escola, o qual contém o mini exame do estado mental – MEEM, tendo como parâmetro a pontuação descrita por Bertolucci *et al.*, 1994¹¹). Foram excluídos os participantes que não obtiveram frequência mínima de 75% de participação no grupo, e/ou que não participaram do grupo focal.

Importante ressaltar que as pessoas idosas eram livres para participar no grupo de prevenção de quedas sem, no entanto, terem que participar da pesquisa. Todas foram esclarecidas sobre o estudo e as dúvidas referentes a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer 2.834.038 e seguiu todos os preceitos éticos.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas: 1) Avaliação das pessoas idosas por meio de instrumentos padronizados e questionário sociodemográfico; 2) Registro da percepção das pessoas idosas sobre as ações de educação em saúde e das atividades referentes à segurança ambiental, através de um grupo focal realizado no último encontro com o grupo.

Para compreensão da organização domiciliar e das condições de mobilidade das pessoas idosas, foram utilizados, somente no primeiro encontro, os seguintes instrumentos: Escala Avaliativa do Risco de Quedas Para Pessoas Idosas Não Institucionalizadas (EARQUE), Teste de Alcance Funcional (TAF) e *Timed up and go test* (TUG). Tais medidas avaliativas foram utilizadas para observar e garantir a segurança das pessoas idosas durante as atividades propostas no grupo e, assim, compreender o risco de quedas que elas poderiam apresentar. Além disso, os instrumentos foram importantes para que os coordenadores das atividades pudessem saber quando seria necessário dificultar ou facilitar a atividade proposta, com base nas condições de compreensão da organização domiciliar e das condições de mobilidade de cada pessoa idosa.

A EARQUE possui as seções “A” e “B” e foi utilizada de forma adaptada¹². A primeira seção contém questões objetivas sobre a vida do sujeito e o objetivo dessa seção foi de caracterizá-lo para melhor entender as questões biopsicossociais que transpassam cada pessoa idosa. A segunda diz respeito às questões subjetivas sobre os comportamentos e/ou dificuldade dos sujeitos. O objetivo desta seção é compreender as dificuldades de cada pessoa idosa e saber o esforço que ela faz para cada item da lista. O TAF e o TUG foram utilizados para avaliar o risco de quedas e o equilíbrio corporal estático e dinâmico das pessoas idosas¹³.

A percepção das pessoas idosas sobre o grupo foi coletada por meio de um grupo focal, que contou com roteiro de entrevista semiestruturada, realizado no último encontro. O objetivo e importância de um grupo focal se justificam mediante as possibilidades de fazer um debate de ideias que conversam entre si, no qual os participantes trocam informações, ideias e pontos de vista¹⁴ sobre o grupo de prevenção de quedas. Assim, há uma construção coletiva sobre o tema, com informações que contribuem para o crescimento e melhora do grupo, e, além disso, para saber se esse foi pertinente para as pessoas idosas que participaram, buscando captar a percepção delas diante do processo de aprendizado, proporcionado durante o grupo. Os dados obtidos do grupo focal foram interpretados por meio de análise temática, que é um dos métodos da análise de conteúdo¹⁵.

Os dados obtidos TAF e TUG foram alocados em planilhas do Microsoft Excel® 2010, por meio de média e desvio padrão, para saber um pouco sobre o perfil das pessoas idosas e o grupo focal foi gravado e transcrito pelos coordenadores do grupo, para análise posterior.

Resultados e Discussão

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DA MOBILIDADE E DO AMBIENTE FÍSICO DOS PARTICIPANTES

A amostra da pesquisa foi composta por 10 participantes, com a média de idade de 74,40 (DP \pm 6,66), sendo seis mulheres. Quanto ao perfil das pessoas idosas do grupo: cinco eram casados(as), três viúvos(as), um divorciado e um solteiro. A escolaridade da amostra foi heterogênea, sendo: quatro pessoas idosas com o ensino fundamental incompleto; três com o ensino médio completo, e para os itens “fundamental completo”, “ensino médio incompleto” e “ensino superior completo”, havia uma pessoa idosa para cada item desses. Em relação à ocupação atual, sete pessoas idosas responderam não ter nenhuma ocupação, duas se identificam como “dona de casa” e apenas uma pessoa idosa disse ser voluntário na igreja. Informações clínicas das pessoas idosas classificadas como fatores intrínsecos à quedas² podem ser verificadas na tabela 2.

Em relação ao resultado do TAF, a média foi de 22,29 cm (DP \pm 8,61 cm). Vale destacar que o resultado menor que 15cm, significa risco de quedas¹³, sendo assim, dois participantes ficaram abaixo do escore. O TUG resultou em uma média entre as pessoas idosas de 12,93 segundos (DP \pm 3,32) - o resultado entre 10 e 19 segundos, considera-se que a pessoa idosa apresenta risco moderado de queda. Tais informações foram importantes para um planejamento qualificado das atividades em grupo.

No que tange aos fatores extrínsecos a tabela 3 expõe informações do instrumento EARQUE (seção A: “Parte interna da casa” - perguntas 25 a 32), que descreve os itens que as pessoas idosas não possuem dentro de sua casa, que são considerados elementos que podem causar quedas.

Tabela 2. Informações clínicas das pessoas idosas

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DAS PESSOAS IDOSAS		
CONDIÇÕES DE SAÚDE	n (=10)	%
Polifarmácia	6	60
Diabetes	6	60
Dislipidemia	3	30
HAS	5	50
Quedas	7	70
Fraturas	1	10
AVE	2	20
Depressão	1	10

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 3. EARQUE - Seção A (parte interna da casa - perguntas 25 a 32)

ESCALA AVALIATIVA DO RISCO DE QUEDAS PARA PESSOAS IDOSAS NÃO INSTITUCIONALIZADAS (EARQUE)		
SEÇÃO A (Parte interna da casa)	AVALIAÇÃO	
	n (=10)	%
Escadas	6	60
Piso irregular	8	80
Piso escorregadio	7	70
Iluminação inadequada	8	80
Ausência de barras de apoio	6	60
Móveis impedindo passagem	7	70
Fios impedindo passagem	10	100
Tapetes	8	80

Fonte: Elaborado pelos autores

A seção B do EARQUE (adaptada) contém 12 itens que podem levar as pessoas idosas a quedas, divididos em: dificuldades da pessoa idosa como fatores intrínsecos (11 itens) e fator de comportamento (1 item). A tabela 4 apresenta o resultado da avaliação e pode ser observado que a maioria dos participantes alegou estar na escala de “nunca” e “algumas vezes”. Porém, na pesquisa dois participantes se locomoviam por meio de dispositivo de marcha e/ou tinham baixa acuidade auditiva, o que pode explicar o motivo de cinco quesitos saírem da faixa de “nunca” e/ou “algumas vezes”, que foram eles: dificuldade para andar; dificuldade para subir escadas; dificuldade para descer escadas; dificuldade para ouvir informações e dificuldade para ouvir ruídos.

Tabela 4. EARQUE: Seção B (adaptada) – Avaliação

SEÇÃO B (ADAPTADA)	ESCALA AVALIATIVA DO RISCO DE QUEDAS PARA PESSOAS IDOSAS NÃO INSTITUCIONALIZADAS (EARQUE)							
	AVALIAÇÃO (n=10)							
	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perda de equilíbrio	4	40	6	60	0	0	0	0
Dificuldade para andar	6	60	3	30	0	0	1	10
Dificuldade para subir escadas	7	70	1	10	0	0	2	20
Dificuldade para descer escadas	8	80	1	10	0	0	1	10
Pede ajuda para sair da cama/sentar-se	10	10	0	0	0	0	0	0
Dificuldade visuais para locomover/sentar-se	8	80	2	20	0	0	0	0
Dificuldade enxergar/encontrar objetos	8	80	2	20	0	0	0	0
Dificuldade ouvir informações	7	70	2	20	0	0	1	10
Dificuldade ouvir ruídos	7	70	2	20	0	0	1	10
Sente-se lento	8	80	2	20	0	0	0	0
Sente vontade de urinar incontrolável	8	80	2	20	0	0	0	0
Usa calçado inadequado	0	0	3	30	7	70	0	0

Legenda: (1) Nunca; (2) Algumas vezes; (3) Muitas vezes; (4) Sempre.

Fonte: Elaborado pelos autores

GRUPO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E CASA SEGURA: A REPERCUSSÃO JUNTO AS PESSOAS IDOSAS

Para captar a percepção das pessoas idosas sobre o grupo de prevenção de quedas e casa segura, houve espaço para conversas, esclarecimento de dúvidas e trocas de experiências durante todo o percurso. Assim, foi possível compreender o entendimento das pessoas idosas acerca do tema desenvolvido no dia. Com isto, o objetivo do conteúdo proposto pôde ser aperfeiçoado constantemente. Na reta final do grupo foi solicitado aos participantes que escrevessem suas impressões e singularidades sobre o grupo em uma folha. Após isso, para constituir uma troca de conhecimentos e concretizá-los, ocorreu o grupo focal, no último encontro, em dezembro de 2018.

Como já descrito anteriormente, foi utilizada a análise temática com as seguintes categorias: “Grupo de prevenção de quedas junto a pessoas idosas: A importância da educação em saúde” e “Convivência como um dispositivo para o grupo de educação em saúde”. Essas categorias serão discutidas a seguir com base nas narrativas trazidas pelos participantes à luz de estudos que abordam experiências de educação em saúde junto a pessoas idosas.

GRUPO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS JUNTO A PESSOA IDOSAS: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Durante toda pesquisa, o foco foi a educação em saúde como forma de sensibilizar e instruir as pessoas idosas a se nutrirem de práticas para prevenção de quedas, dentro e fora de seus lares.

Entende-se por educação em saúde quaisquer **combinações** de experiências de aprendizagem **delineadas** com vistas a **facilitar ações voluntárias** conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. P.210¹⁶. (grifo dos autores)

No período em que ocorreu o grupo, as pessoas idosas passaram por exposições de conteúdos e realização de práticas adequadas para prevenção de quedas que as incentivaram a fazerem essas práticas em casa, a fim de que se tornasse um hábito. Importante ressaltar que todas as atividades desenvolvidas foram pensadas e planejadas previamente. Pensando nessa perspectiva, durante as atividades e apresentações era perguntado a cada pessoa idosa se ela achava a adaptação e/ou comportamento exposto adequado ou não, e se ela exercia aquela conduta em seu lar, para assim verificar as demandas de cada uma delas.

O tema “Cuidados em casa” foi um dos mais discutidos durante o grupo, visto que as primeiras quedas acontecem dentro da moradia do sujeito¹⁰. Sendo assim, durante o período do grupo, foram divididos os cômodos da casa em dias diferentes, a fim de garantir melhor aprofundamento desses. Os participantes, durante as conversas, assumiram que muitas vezes ficam desatentos aos perigos em sua casa, e afirmaram que fizeram algumas mudanças sugeridas ao longo do grupo:

“[...] Aprendi várias coisas que passavam despercebidas, algumas coisas já modifiquei. A minha mezinha lá de centro, não saiu, mas foi para o cantinho. A claridade na casa... E, aos poucos a gente vai modificando a casa depois, né?” (Pessoa idosa 10).

“[...] Quanto às mudanças em casa, eu tirei o tapete da cozinha junto ao fogão, porque achei que favorecia escorregar” (Pessoa idosa 3).

“Coloquei barras de apoio no box, para não correr o risco de quedas. E coloquei os fios nos cantos das paredes” (Pessoa idosa 5).

Essa compreensão sobre os detalhes que podem ser uma ameaça dentro de casa é de suma importância, pois a maioria das quedas podem ser evitadas com precauções básicas¹⁷, como evidenciado nas precauções que as pessoas idosas tiveram.

Quando se trata de cuidados em ambientes externos e educação em saúde, as pessoas idosas com saúde preservada estão mais expostas aos fatores extrínsecos que podem levar a quedas, como: ruas esburacadas, calçadas com obstáculos e/ou desniveladas, meio-fio solto, bueiro sem tampa etc.¹⁸. Por esse motivo, ao considerar o público-alvo durante o grupo de prevenção de quedas e casa segura, como forma de alertar para os perigos dos ambientes externos, foram realizadas atividades como:

simulação da realidade com exemplos e alertas sobre os perigos da rua; reflexões sobre possibilidades de mudança de comportamento e adaptações em locais públicos e/ou privados; e, também, alongamentos e exercícios cinéticos funcionais.

“[...] os cuidados que a gente “teve”: Tomar cuidado ao andar na rua e prestar atenção onde está pisando. Não carregar muito peso porque ainda mais pessoa idosa que tem muita dor na coluna, né? Pelo menos eu, tenho muita dor na coluna, e também aprendi muito nas aulas [...]” (pessoa idosa 2).

“[...] Tomar cuidado na rua pra não cair. Ver onde tem pedra, onde tem buraco pra não tropeçar e cair [...] Pra mim, ficar mais atenta, foi ótimo porque eu tropeçava muito na rua [...]” (pessoa idosa 7).

Importante lembrar que, embora as pessoas idosas tenham se disponibilizado a realizarem as práticas para prevenção de quedas, “a educação em saúde não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais”^{19:1341}. Sendo assim, quando as pessoas idosas se disponibilizaram e assimilaram as informações, identificando os fatores extrínsecos e intrínsecos que influenciam as quedas, elas se transformam em multiplicadoras de conhecimento. Isso fica evidente na fala da pessoa idosa 5:

“[...] Então graças a Deus alertou bastante a gente, né. Porque a gente agora previne e a gente prevenido, previne outras pessoas também” (Pessoa idosa 5).

Além dos cuidados na rua, ao longo do grupo, foi possível observar, a partir da fala dos participantes, que modificaram alguns hábitos que poderiam levá-los a quedas, como por exemplo o uso de calçado inadequado, que faz parte da seção A do EARQUE.

O item destacado é considerado um hábito arriscado e, por isto, gerou alerta e preocupação durante a realização do grupo. A maioria dos participantes relatou usar, muitas vezes, o chinelo de dedo. Durante todo o grupo foi conversado e realizado circuitos que simulavam os obstáculos nas ruas, para apontar o quanto o calçado inadequado poderia ser perigoso. É importante que ações de educação em saúde tenham capacidade de gerar atividades reflexivas e argumentativas. O item “uso de calçado inadequado” apresentou melhora, cinco pessoas idosas referiram que deixaram de utilizar esse tipo de calçado no grupo focal, ao transitar na rua e/ou dentro de casa, três participantes relataram que ainda usam o chinelo algumas vezes.

Sendo assim, pode-se supor que as pessoas idosas que realizaram a troca de calçado e/ou passaram a usar poucas vezes, compreenderam as orientações obtidas através do grupo e, por meio de uma reflexão particular - respeitando seus limites e sua história -, realizaram as modificações pertinentes para si.

Com isso, deve-se pensar na influência e importância da educação em saúde junto aos grupos, a qual provoca no sujeito um empoderamento de decidir sobre a sua vida, pois a “participação do indivíduo em grupos favorece o aumento do controle de suas vidas, transforma a realidade social e política e empodera-o para decidir sobre sua saúde”^{20:1764} e, para além disso, transforma o indivíduo em fomentador de informações.

CONVIVÊNCIA COMO UM DISPOSITIVO PARA O GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Em ambientes como escolas, hospitais, clínicas e afins ou até mesmo grupos, as pessoas mantêm contato uma com as outras, mas isso não quer dizer que elas convivem, elas apenas estão no mesmo espaço e tempo. A convivência é algo que as pessoas precisam estar disponíveis para que isso ocorra de tal modo que consigam compartilhar histórias, sentimentos e sejam capazes de criar uma relação uma com as outras. Dessa forma, a “convivência pode se dar em qualquer espaço e tempo nos quais se encontrem pessoas com a disponibilidade de *com-viver*.”^{21:855}.

Em vista disso:

A convivência é fruto de uma relação que se produz artesanalmente. A matéria-prima dessa relação artesanal são as pessoas, a vida humana e suas experiências, que, através do convívio, se transforma num produto vivido e compartilhável^{21:854}.

Nesse grupo em específico, a convivência ocorreu de forma fluida, visto que as pessoas idosas moravam no mesmo território, e vez ou outra se esbarravam pelo bairro. Logo, as trocas que eram realizadas no grupo tinham a ver com um pertencimento a um território geográfico e existencial, este último entende-se como “um ambiente vivo que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo, já que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento”^{22:922}.

Posto isso, as pessoas idosas passaram a realizar atividades que antes não faziam, como excursões - que uma idosa participante do grupo organizava -; ida à missa juntos; e outros eventos pelo bairro, passando a usufruir do mesmo território de outro modo, ressignificando-o e recriando-o.

Rizzolli e Surdi²³ apontam que é conveniente que os grupos de convivência busquem consolidar a função social da pessoa idosa²³. Outros complementam dizendo que a convivência e os grupos “promovem a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos idosos”^{24:823}. No grupo em questão, isso ocorreu e os participantes apontaram que, após a reflexão, houve a necessidade de realizarem mudanças no cotidiano deles, também passaram a se identificar como protagonistas de suas próprias histórias, como pessoas com autonomia para decidir sobre suas vidas. A interação e convivência com outras pessoas, segundo as pessoas idosas do grupo, favoreceu a comunicação delas e aflorou sentimentos positivos, como evidenciado nas falas abaixo:

“[...] Eu achei que eu melhorei, na minha comunicação, eu não era muito de falar não, eu era muito fechada, agora eu to falando até demais [...]” (Pessoa idosa 2).

“[...] Pra mim foi um motivo de muita alegria, satisfação estar aqui com vocês porque foi mais uma família que se juntou a nós [...]. (Pessoa idosa 6).

“[...] Muita gente se conheceu, muita gente se tornou amigo, poderia fazer um piquenique todos [...]” (Pessoa idosa 1).

Com a fala das pessoas idosas, pode-se perceber que o ato de estar em grupo e as sutilezas da convivência possibilita

Ao indivíduo transitar por diferentes espaços sociais, o deslocamento de si para o desconhecido, para os sentimentos de prazer e dificuldades da vida coletiva, estabelecendo conexões, compartilhando determinados valores e novas maneiras de viver e de se expressar. Ou seja, permite a diminuição das situações de isolamento e a inclusão em um conjunto.^{21:855}

A interação e convivência entre as pessoas idosas é de suma importância para possibilitá-las experimentarem outras formas sociabilidades.

Segundo Knoplich “a participação dos idosos nos grupos de convivência leva a um aprendizado, uma vez que se compartilham ideias, experiências, e também ocorre uma reflexão sobre o cotidiano da vida dessas pessoas”^{25:229}. Isso legitima a fala de uma participante:

“[...] Então eu acho esse trabalho aqui com vocês muito válido, muito importante, nos abriu um horizonte muito maior, de percepção das nossas capacidades. Não parece nada não, mas, é interessante a gente ter essa percepção, eu nem podia imaginar, né [...]” (Pessoa idosa 3).

A fala acima mostra como as atividades de educação em saúde podem influenciar diretamente na autopercepção das pessoas idosas, a fim de deixá-las cientes sobre outras questões com o próprio corpo, que podem levá-las a quedas, como por exemplo: equilíbrio, força muscular, amplitude de movimento, atenção, agilidade e coordenação motora global. E, ainda, como a convivência, a criação de vínculos e a inserção na comunidade podem influenciar nas transformações para uma melhoria de saúde²⁰. Com isso, pode-se inferir que a convivência é um fator indispensável, pois amplia a rede de apoio da pessoa idosa, cria novos laços de amizade e faz com que o sujeito fique motivado a ir aos encontros com o grupo, podendo gerar, assim, satisfação. Como resultado positivo desses fatores, desfruta-se de: inserção das pessoas idosas em novos espaços na comunidade; apreciação por conhecer novos lugares; fazer novas atividades; se distrair; sair de casa; e a melhora da autonomia delas mesmas. Como declarado a seguir:

“[...] O nosso grupo foi tão bom [...] a união das pessoas, a alegria, a convivência boa [...] então é muito bom quando vocês pensam alguma coisa pro idoso porque o idoso precisa estar em ativa” (Pessoa idosa 1).

“[...] Isso, sempre em atividade, sempre fazendo alguma coisa” (Pessoa idosa 8).

“[...] Até para não se sentir só” (Pessoa idosa 1).

“[...] E não ficar em casa, né? [...] a gente pode marcar um dia para fazer trilha” (Pessoa idosa 10).

Complementa-se então, respondendo à pergunta desta pesquisa, o grupo de prevenção de quedas e casa segura apontou resultados positivos, pois favoreceu mudanças de atitudes e estimulou a realização de adaptações para garantir a segurança nos lares das pessoas idosas. Com isto, pode acreditar que houve uma repercussão que edificou o dia a dia desses sujeitos, transformando seus olhares.

Considerações finais

A pesquisa alcançou os objetivos estipulados, pois, como resultado, observou-se que as atividades de simulação da realidade realizadas, na sala de treinamento de AVD e AIVD de Terapia Ocupacional, foram bastante promissoras, visto que, durante a pesquisa, foi possível estimular a prática de exercício físico e outros hábitos considerados saudáveis. Para além disso, durante a análise do grupo focal, as pessoas idosas puderam falar abertamente sobre as mudanças que fizeram em seus lares, as quais julgaram serem necessárias para a segurança no ambiente. A noção do que é ou não seguro para si foi desenvolvida por meio do trabalho em grupo, pois como as próprias pessoas idosas relataram, havia perigos em seus lares sem que elas considerassem como tal.

Apesar das modificações realizadas e dos resultados obtidos, é necessário apresentar algumas limitações deste estudo: 1) Número de participantes no grupo reduzido; 2) Não foram realizadas entrevistas para aprofundar de forma individual as percepções das pessoas idosas.

A educação em saúde desenvolvida no grupo foi algo que aflorou e expandiu a autonomia das pessoas idosas e o desempenho da função, o grupo oportunizou a possibilidade de os participantes serem agentes transformadores de suas próprias vidas. O processo de aprendizagem crítica e reflexiva, durante o grupo de educação em saúde, possibilitou às pessoas idosas condições de decidirem de forma autônoma situações como: que tipo de calçado usar; que móvel colocar em determinada parte da casa para evitar acidentes; decidir colocar ou não barras de apoio no banheiro; qual o melhor exercício e, ainda, se fará ou não tal exercício, entre outras mudanças de comportamentos e/ou mudanças nos ambientes da casa. É importante evidenciar que, embora as medidas de segurança sejam consideradas simples, o essencial e respeitável é que sejam mudanças decididas pela própria pessoa idosa, a partir de um processo de educação em saúde. Para além de modificações que as pessoas idosas realizaram referentes a prevenção de quedas e casa segura, elas puderam, também, a partir do grupo, expandir o seu território existencial e seus laços de sociabilidades.

A partir da exposição, considerou-se que o grupo de prevenção de quedas e casa segura atingiu o objetivo desejado. Espera-se que os resultados aqui relatados possam estimular o interesse de outros pesquisadores para produção de mais ações de promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa.

Referências

1. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001.
2. Souza LHR, Brandão JCS, Fernandes AKC, Cardoso BLC. Queda em idosos e fatores de risco associados. Rev Aten Saude, São Caetano do Sul. 2017;15(54):55-60.
3. Ribeiro AP, et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Rev Cienc Saude Colet. 2008;13(4):1265-73.
4. Amorim JSC, Souza MAN, Mambrini JVM, Lima-Costa MFF, Peixoto SV. Prevalência de queda grave e fatores associados em idosos Brasileiros: resultados da pesquisa nacional de saúde. Rev Cien Saude Colet. 2013. [periódico na internet] (2019/Mai). [Citado em 05/11/2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-de-queda-grave-e-fatores-associados-em-idosos-brasileiros-resultados-da-pesquisa-nacional-de-saude-2013/17190>
5. Jahana KO, Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e consequências. Rev Saude Colet. 2007;4(17):148-53.
6. Abreu DROM, et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. Cienc Saude Colet. 2018;23(4):1131-41.
7. Prata HL, Alves EDJ, Paula FL, Ferreira SM. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. Fisioter Mov. 2011;24(3):437-43.
8. Alves AHC, Patrício ACFA, Albuquerque KF, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. J Res: Fundam Care. 2016;8(2):4376-86.
9. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(1):201-9.
10. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. Cienc Saude Colet. 2016;21(11):3565-74.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. (1994). O mini exame do estado mental em uma população geral, impacto da escolaridade. Arq Neuro-Psiquiat. 1994;52(1):1-7.
12. Jonas LT, Silva JV, Mendes MA. Construção da escala avaliativa do risco de quedas para pessoas idosas não institucionalizadas. Rev Enferm UFPE. 2015;9(Supl.4):7977-85.
13. Karuka AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Rev BrasFisioter. 2011;15(6):460-6.
14. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 2013.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saude Publica. 1997;31(2):209-13.
17. Alves Jr ED, Paula FLA. Prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. Fitness Performance J. 2008;7(2):123-9.

18. Guerra HS, et al. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Rev Saude Pesq.* 2016;9(3):547-55.
19. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica.* 2006;22(6):1335-42.
20. Mallmann DG, Galindo Neto, NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Cienc Saude Colet.* 2015;20(6):1763-72.
21. Ferigato SH, Silva CR, Lourenço GF. A convivência e o com-viver como dispositivos para a Terapia Ocupacional. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2016;24(4):849-57.
22. Macerata I, Soares JGN, Ramor JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface (Botucatu).* 2014;18(1):919-30.
23. Rizzolli D, Surdi AC. percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010;13(2):225-33.

Como citar: Medeiros MJ, Poltronieri BC, de Assis MR. Prevenção de quedas e casa segura: a repercussão de um grupo de educação em saúde com idosos. **Rev Saude Redes.** 2023;9(sup6):4317. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9nsup6.4317.

Submissão: 30/03/2023

Aceite: 04/11/2023