VOLUME 6

RIAGE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

Perceção de Risco de Queda de Pessoas Idosas em Ambiente Domiciliário: implicação para a promoção e educação em saúde

Ângela Luz
ORCID 0009-0003-3876-2350

José Telles
ORCID 0000-0003-4327-8099

Antônia Silva
ORCID 0000-0001-7758-2034

Informação do artigo
Recebido: 23/09/2024
Revisto: 15/10/2024
Aceite: 20/11/2024

RESUMO

Introdução: Um dos principais eventos que acometem a população idosa é a queda. Os julgamentos e avaliações das pessoas sobre os perigos a que estão ou podem estar expostas no seu ambiente são designados por perceção do risco. As perceções de risco orientam as decisões sobre a aceitabilidade do risco e é uma influência central nos comportamentos antes, durante e depois de uma queda. **Material e Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com recurso à realização de entrevistas-semiestruturadas e aplicação de vinhetas numa amostra de conveniência. A análise de dados focou-se no método de análise de conteúdo, triangulada com os dados da entrevista e identificação dos riscos, tendo por base as situações nas vinhetas. A amostra contou com 10 pessoas idosas com idade média de 75,4 anos, sendo a maioria do sexo feminino e todos história de quedas anteriores, à exceção de uma pessoa idosa. **Resultados:** A codificação e a interpretação dos dados resultaram em três categorias temáticas: "Um Corpo (In) Capaz de Ser Saudável"; "A Queda, Perceção do Risco e a Vulnerabilidade no Espaço de Vida" e por último, o "Ser Capaz de Agir no Espaço de Vida". **Discussão:** A saúde assumiu o valor de uma capacidade, do desempenho da pessoa idosa num determinado ambiente. **Conclusão:** O estudo realçou a importância da abordagem educativa para a promoção da saúde e prevenção de quedas centrada na pessoa e no contexto e tendo por base as significações da pessoa idosa sobre o risco percebido em seu ambiente domiciliário.

Palavras-chave: *Percepção de Risco de Queda; Envelhecimento; Acidente por Queda; Prevenção de Quedas.*

INTRODUÇÃO

A população mundial tem vindo a apresentar uma transformação significativa desde o último século, com o rápido crescimento da população idosa. Esta realidade é motivo de grande preocupação frente a um dos principais eventos que acometem essa faixa etária - *a Queda*. Este evento é conhecido por ter causa multifatorial e pela alta complexidade terapêutica, sendo não intencional e levando a pessoa a sofrer um impacto contra o chão.

Em Portugal verificou-se que no ano de 2022, a habitação (52,3%) correspondeu ao local onde mais frequentemente ocorreram Acidentes Doméstico e Lazer (ADL). De entre os mecanismos da lesão que mais contribuíram para o número de ADL, as quedas destacaram-se com uma proporção de 68,7%. A proporção de ADL ocorridos em casa revela valores mais elevados nos grupos etários dos 55 a 64 anos (11,6%) e 65 e mais anos (41,8%) (Alves et al., 2024).

Para se entender os fatores responsáveis por uma queda, deve-se ter clareza sobre a interação existente entre o indivíduo suscetível, a pessoa idosa e os fatores ambientais e socioeconómicos. As habitações que precisam de grandes obras de recuperação mostram uma correlação direta com o aumento da idade (CEDRU, 2008). A degradação habitacional e a incapacidade de proceder a obras de intervenção são uma realidade no distrito de Lisboa e compromete o bem-estar e a segurança dos residentes, para além de dificultar o desempenho das atividades de vida diária e comprometer a mobilidade, nomeadamente, da população idosa (Câmara Municipal de Lisboa, 2016; Matias, 2013).

Os julgamentos e avaliações das pessoas sobre os perigos a que estão ou podem estar expostas no seu ambiente são designados por perceção do risco. As perceções de risco são interpretações do mundo, baseadas em experiências e/ou crenças. As perceções de risco orientam as decisões sobre a aceitabilidade do risco e são uma influência central nos comportamentos antes, durante e depois de uma queda (L. P. da Silva et al., 2021). Nesta linha, assume grande importância a pesquisa relativa à forma como se reveste o pensamento da pessoa idosa, sobre a sua saúde e o evento da queda, os perigos e riscos e as avaliações a eles inerentes no seu contexto habitacional.

Estratégias educativas ou de consciencialização são comumente utilizadas em programas multifatoriais de prevenção de quedas (Vandervelde, S., Vlaeyen, E., de Casterlé, B.D. *et al., 2023)* .

O presente estudo teve por objetivo analisar as perceções e práticas das pessoas idosas relativamente à saúde e aos riscos de quedas em ambiente domiciliário - espaço de vida, visando as linhas orientadoras para uma abordagem educativa para a promoção da saúde e prevenção de quedas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e participativo, no qual buscou-se explorar as perceções das pessoas idosas sobre o risco de queda e prevenção em ambiente residencial e descrever a forma como pensam e vivem o processo no contexto relacional pessoa-ambiente domiciliário em busca da construção participativa de um referencial educacional para saúde e prevenção de quedas da população idosa.

Utilizou-se abordagem qualitativa, com recurso à realização de entrevistas-semiestruturadas nas quais foram recolhidos dados sociodemográficos, de saúde e de condições habitacionais e simultaneamente, e com o apoio da técnica de "fotografia-provocação-estimulação - vinhetas -", várias situações de risco e prevenção de quedas da vida real (pessoa-ambiente) foram apresentadas aos participantes de modo a expressar suas perceções, conhecimentos e práticas e experiências relativos ao tema.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas efetuando a sua análise e interpretação, com base na técnica de análise de conteúdo, contribuindo para o

desenvolvimento das grandes categorias temáticas.

O cenário de estudo foi a comunidade e a população idosa inserida na área de abrangência da(s) clínica(s) de fisioterapia(s) de uma amostra de conveniência laboral, em consequência das limitações próprias à situação pandémica existente durante o período do estudo.

Foram convidadas para participar das atividades previstas as pessoas idosas que frequentavam uma clínica de fisioterapia no concelho de Lisboa. As pessoas foram selecionadas de acordo com a disponibilidade e acesso a uma entidade particular de saúde na qual a investigadora atua como profissional. A participação teve caráter voluntário, sendo que a qualquer momento a pessoa poderia deixar de participar sem qualquer constrangimento nos cuidados de saúde previstos. O protocolo de investigação foi aprovado pelo Gestor das Unidade Clínicas de Saúde de Fisioterapia, bem como da Comissão Ética da Escola Nacional de Saúde Pública-NOVA (parecer nº 02/2021). Todos os participantes forneceram seu consentimento informado.

Os critérios de inclusão foram assim definidos: idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, historial de queda há pelo menos de 12 meses relativamente à data de recolha de dados, autónomos na marcha (com ou sem apoio de dispositivos adaptativos) e residentes em habitação na comunidade da área de abrangência da clínica de fisioterapia.

Os critérios de exclusão considerados foram indivíduos com deficiência auditiva, visual e com défice cognitivo, a recusa de participação no estudo e residentes em estruturas residenciais para idosos (ERPI).

O método de análise de conteúdo foi utilizado para a análise das entrevistas, triangulado com os dados do questionário-entrevista e a identificação dos riscos tendo por base as situações nas vinhetas. A técnica de análise eleita foi a análise categorial temática, que permitiu condensar os dados, categorizando e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações. A análise do conteúdo pressupões as seguintes fases (Bardin, 1977): pré-análise - definição de objetivos; seleção do material e leitura flutuante; exploração do material: a) constituição do *corpus*; b) composição das unidades de análise (considerou-se o parágrafo) e de registo (selecionou-se a frase); c) procedimentos de análise; d) categorização; e e) descrição das categorias e tratamento dos resultados - inferência e interpretação dos dados.

RESULTADOS

Inicialmente, neste estudo foram selecionados 15 participantes tendo por base os critérios de inclusão, no entanto dois participantes foram excluídos do estudo, um por recusa de participação e outro, após reavaliação, por critério de exclusão. Por saturação teórica (Sandelowski, 1995), a qual foi obtida na décima primeira entrevista, a amostra caracterizou-se por 10 participantes (n=10), sendo seis participantes de sexo feminino e quatro de sexo masculino. A cada participante foi atribuído um código para proteger a sua identidade, com abreviaturas de E com o número da entrevista, seguindo das letras “M” (Masculino) ou “F” (Feminino), como por exemplo: E1-F.

Os participantes estavam na faixa etária entre os 65 e 82 anos de idade, sendo a média de idade de 75,4 anos. Relativamente ao estado civil, os indivíduos de sexo masculino eram casados (n= 4), enquanto os do sexo feminino, 3 declararam-se casadas e 3 viúvas.

O nível de escolaridade dos participantes variou entre o 1º ciclo do ensino básico (2º e 4º anos) e o 3º ciclo do ensino (9º ano), sendo que o nível mais baixo foi uma pessoa do sexo feminino (2º ano) e o mais alto foi uma do sexo masculino (9º ano). A totalidade dos participantes encontrava-se em situação de reforma, tendo exercido diferentes atividades profissionais, entre as quais, no sexo feminino, de doméstica, porteira, empregada de balcão e fabril, e no sexo masculino, de pintor, eletricista, motorista e técnico de vendas. O rendimento familiar dos

participantes teve com referência o salário mínimo nacional praticado na altura do estudo (665 euros – Ano 2021)(PORDATA, 2022), onde cinco participantes declararam rendimento familiar inferior à referência e os outros cinco participantes referem um rendimento superior.
Os participantes do estudo relataram sofrer uma ou mais doenças crónicas, entre as quais: doenças cardiovasculares, endócrinas, oncológicas, respiratórias, reumáticas e renais.
Os entrevistados viviam em vários bairros da área metropolitana de Lisboa, na sua maioria localizados na zona Norte Oriental de Lisboa.
A gestão da maioria dos bairros dos participantes e consequentemente da habitação e dos seus equipamentos sociais é da competência do município de Lisboa, concretamente da empresa *GEBALIS*, Gestão do Arrendamento da Habitação Municipal de Lisboa, E.M., S.A (Câmara Municipal de Lisboa, 2017), à exceção das residências de dois participantes, que são de gestão privada.
As residências sob a gestão pública, em geral, apresentam infraestruturas precárias com baixa condições de habitabilidade e salubridade.
As categorias e subcategorias temáticas principais identificadas a partir da análise de conteúdo são descritas e resumidas para dar uma visão da perceção das pessoas idosas aos temas manifestados e interligados - *Tabela 1* -.
Tabela 1 – *Distribuição das categorias empíricas apreendidas das entrevistas dos participantes*

DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS	
Categoria I	Um Corpo (In) Capaz de Ser Saudável
Categoria II	A Queda, Percepção de Risco e Vulnerabilidade no Espaço de Vida
Categoria III	Ser Capaz de Agir no Espaço de Vida

Categoria I – Um Corpo (In) Capaz de Ser Saudável: formada pelas *unidades de análise* em que os participantes falam sobre condições de saúde, limitações físicas e a sua relação com a vida diária e o seu refúgio na dimensão espiritual.
A saúde é diretamente referida como um aspeto relevante para os participantes sendo apontada como um valor: "*Ter saúde é a melhor coisa que podemos ter (...)" (E1-F; E2-M; E4-M; E5-F; E6-F; E7-F; E8-F; E9-M) "(...) sem saúde, não há nada, nadinha, levanta-se aqui, cai-se ali." (E9-M),* sobressaindo a frequência com que a saúde é mencionada em termos de valorização ou aspiração (incluindo contraposição a bens materiais) – sendo objeto de expressões pela maioria dos entrevistados, em pontos diversos das entrevistas.
A saúde esteve, também, associada ao *ser capaz de fazer a sua vida diária*, ou seja, a capacidade e o desempenho do indivíduo: *"(...) é poder estar com os amigos, fazer o que quero e posso, agora não posso fazer muita coisa, estou prisioneiro das minhas limitações" (E9-M)*.
A dimensão espiritual de natureza religiosa ocupa também um lugar de destaque na vida dos participantes e na sua relação com a saúde e com o evento de queda, quer através da solicitação de alívio ao sofrimento - "*...só queria que Deus me aliviasse os meus joelhinhos" (E1-F);* ou até mesmo no controlo da saúde/doença e no grau de gravidade; *"Quero dizer que tenho várias limitações, Deus quer, que isto não seja o princípio do Alzheimer. Deus queira que não, que seja só demência, eu acho que não é tal grave, e que não tenha como consequência alguma queda" (E8-F)*.
Categoria II – A Queda, Perceção de Risco e a Vulnerabilidade no Espaço de Vida: definida pelas *unidades de análise* em que os idosos falam sobre experiências afetivas no seu ambiente de vida, dos episódios de queda e constrangimentos decorrentes do evento, assim como os fatores de risco associados ao evento.
A queda foi percecionada como um evento negativo, colocando em causa o seu bem-estar e prejuízo à funcionalidade: *"(...) queda para mim é ir parar ao chão, é dano..." (E9-M)*; *"...é mau, muito, uma queda, significa a perda da minha saúde, da autonomia e independência, é um problema" (E6-F)*.
Face às circunstâncias de ocorrência da queda no espaço de vida, todos os participantes identificaram e atribuíram um agente causal e único à queda, como por

exemplo: as escadas, a carpete ou uma situação de desequilíbrio- *"(...) foi o último degrau que eu torci o pé, eu estava a descer as escadas, porque os elevadores estavam avariados (...)" (E3-M); "*(...) *Cai ... quando coloquei um pé no escadote e outro na bancada, a carpete andou, e eu caí lá de cima. (...)" (E11-F); "*(...) *foi ao pé da minha cama. Estava a levantar e vai dai caí, ainda estava meio estonteado, sabe eu tomo 14 compridos" (E4-M)*.

O ambiente domiciliário dos participantes é uma temática referenciada nas entrevistas, quer pela sua centralidade como espaço de vida, rico em significados e implicações afetivas, materiais, simbólicas e de identidade, quer pelas condições de habitabilidade e barreiras físicas e socioeconómicas existentes: *"(...) é pena não ter elevador no prédio, sabe moro no 3º andar, e tenho problemas nos joelhos, a médica quer operar aos joelhos, mas eu não quero...como é que eu subo depois para o 3º andar?" (E1-F)*.

Os riscos ambientais no espaço de vida oferecem assim alguns desafios aos participantes, tendo um papel ativo para o evento queda, sendo referenciados pelos elementos escada, chão da cozinha, tapetes, banheira na casa de banho. Cabe destaque as dificuldades encontradas no momento da atividade do banho. As mais comuns referem-se à manutenção do equilíbrio e ao movimento de entrada e saída da banheira ou zona de duche, como verificamos no seguinte relato: "(...) *tenho banheira, por caso o poliban dava jeito, eu tenho de tomar banho de chuveiro, não consigo na banheira, por causa das canelas (riso)" (E6-F)*.

Categoria III – Ser Capaz de Agir no Espaço de Vida: formada pelas *unidades de análise* em que os participantes tratam de diferentes estratégias utilizadas no domicílio - ambiente de vida - para prevenção de quedas e cuidados de saúde.

A subcategoria - Agir sobre a Saúde - representa os caminhos ou escolhas percecionados para ganhos em saúde na direção da prevenção da queda dos participantes. O "*Corpo São" configura-se o* núcleo central da compreensão de práticas corporais de saúde, englobando a atividade física, o movimento e a sua relação com o ambiente.

Para além das práticas corporais de saúde, alguns participantes realçam práticas preventivas de saúde – autocuidado -, destacando as escolhas do calçado e consequentemente algum cuidado com os pés, como um caminho de ganho de saúde: "*Os sapatos adequados à marcha, a sola e cuidados com os pés são os ingredientes para uma locomoção e equilíbrio pleno" (E2-M)*.

A subcategoria - Agir sobre o Ambiente - Espaço de Vida - integra as ações dos participantes sobre o ambiente para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado à queda e aos seus fatores contribuintes identificados ou "vividos".

Para alguns participantes, o móbil para agir sobre o ambiente é impulsionado pela vivência de cair, como demonstra o seguinte relato: *"Mas foi só aquela vez, nunca tinha acontecido porque agora quando rego a flor, coloco uma toalha no chão e ponho o alguidar por baixo da flor, e quando começa a pingar já apara a água e não fica no chão ...agora já não acontece, agora já não escorrego"* (E1-F).

Para outros participantes, a ação sobre o ambiente domiciliário é fruto da necessidade de ultrapassar uma limitação física frente às exigências do ambiente domiciliário e do desempenho da atividade diária: *"Há uns anos, fiz obras à minha cozinha e na casa de banho" (E11-F)*.

Podemos, entretanto, incluir nesta subcategoria algumas medidas preventivas percecionadas pelos participantes, que demonstram ações positivas para minimizar

o potencial de ameaça de queda no espaço físico domiciliário: *"É não ter obstáculo no meio do caminho que dificulte a marcha, que os móveis não tenham as arestas vivas, é como nas crianças que é perigoso isso tipo de coisas." (E2-M); "Podemos evitar as quedas tendo estas coisas que estão aí (barras) em casa" (E5-F); "(...) devia-se colocar um corrimão e mais luz na escada" (E4-M); "(...) mas há uns suportes que colocasse debaixo da passadeira que não a deixa deslizar" (E2-M).*

DISCUSSÃO

Os participantes manifestaram a perda gradual das funções e das estruturas do corpo, fundamentais para a relação com o mundo, no seu dia a dia e consequentemente no desempenho das atividades da vida diária. O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade, sendo que este não pode ser atribuído apenas ao envelhecimento normal (senescência) mas também às incapacidades mais frequentes no idoso derivadas por complicações de doenças crónicas não-transmissíveis (Abdi et al., 2020).

As ideias dos participantes que emergiram sobre a associação entre saúde e capacidade de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e de ser capaz de resolver problemas ligam-se indissoluvelmente à ideia "ser dono da própria vida" - como oposto a ser dependente. O termo dependência está vinculado à fragilidade, definida por Fried et al. (2022) como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente, reduzindo a sua capacidade de adaptação ao mesmo.

A ocorrência de quedas dos participantes nos últimos doze meses, no seu Espaço de Vida no presente estudo foi de 90% do total dos participantes. Estes dados corroboram estudos que referem que 30 a 60% das pessoas idosas residentes em comunidade sofrem anualmente quedas (Cruz & Leite, 2018), com cerca de metade a experimentarem pelo menos um evento de queda anualmente. Entre os participantes que vivenciaram esse momento de significativa desorganização e reorganização do seu ambiente quotidiano, muitos são os que assim propuseram uma narrativa em que a queda ocorreu como um acontecimento, uma forma precipitada de "envelhecer". A queda aparece então como o revelador ou mesmo o acelerador de um enfraquecimento já iniciado. Estas experiências fortaleceram a perceção e uma consciência de risco que trouxe a realidade física do corpo envelhecido para a vanguarda da sua consciência (Ellmers et al., 2022).

O ambiente habitacional é de facto visto como um mundo de vivências diárias, pela maioria dos participantes: a casa é o núcleo do *espaço de vida*. Para os participantes, as suas casas são simples, pequenas e modestas, mas não foram feitas ou escolhidas expressamente por eles, mas sim "determinadas" pelo seu rendimento e condição social. A maioria dos participantes vive em habitação social em bairros do domínio público, apesar de refletir o que que cada participante já foi um dia, a sua história, o que é hoje, sendo ao mesmo tempo, o ponto de apoio da identidade negociada nesta fase do seu ciclo de vida. É um lugar da construção e da consolidação da vida e da saúde sendo um microambiente reprodutor das relações espaciais e sociais; a Casa é lócus do debate sobre estar seguro e saudável (Cohen et al., 2006). E é nesse diálogo, nessa íntima interação bidirecional, entre um corpo "envelhecido" e um ambiente físico "inadequado" e socialmente "determinante", que surge a queda dos participantes em diferentes compartimentos da casa.

Os objetos e acessórios ambientais podem representar um perigo acrescido no espaço de vida, entre eles os tapetes e carpetes. O tapete é reconhecido como fator de risco de

queda por todos participantes, mas apesar do reconhecimento, este acessório permanece nos vários compartimentos das habitações, em particular na cozinha, casa de banho e no quarto, onde alguns dos participantes de sexo feminino lhe atribuem funções cruciais de limpeza e asseio, de conforto térmico e de decoração, tendo esta última um papel expressivo e afetivo da identidade das participantes (Aragonés & Rodríguez, 2005).

No nosso estudo evidenciou-se o envolvimento das condições físicas ambientais inadequadas e/ou degradadas com o risco de quedas. Casas que são desajustadas às necessidades dos idosos podem desencadear toda uma cadeia de consequências que incluem o risco de acidentes e lesões e dificuldades de realização das atividades da vida diária. Estes dados vão ao encontro dos argumentos de Letts *et al.*(Letts et al., 2010) sobre a influência dos perigos presentes em habitações mal projetadas e inseguras no aumenta do risco de queda, sendo que o ambiente físico domiciliário pode estar diretamente relacionado ao risco de queda e é consistente com a revisão da literatura (Feldman & Chaudhury, 2008).

A necessidade da congruência da pessoa idosa-ambiente (Albuquerque et al., 2018) é percecionada pelos participantes e impulsionada pelas exigências do ambiente, ou melhor pelas condições de habitabilidade associadas às limitações individuais. Sugere, assim, uma vontade de mitigar os constrangimentos causados por uma ampla gama de barreiras nesses espaços, de modo a prevenir a queda e obter ganhos de saúde.

Na busca da condição de congruência, *agir sobre a saúde* é relevante para os participantes, ou seja, a necessidade de um "*Corpo São*" na direção da promoção da saúde e prevenção da queda. Na prática para o ganho de saúde, os participantes acreditam que é possível a maximização de resultados positivos (menor dor e sofrimento, melhor funcionalidade, envolvimento social) e minimização de resultados negativos (quedas, incapacidades, isolamento social), a partir de uma alimentação saudável e atividade física, em particular a relacionada com o movimento diário e a sua interação num contexto. Propõem-se a associação destes fatores como elementos integradores de um bom preparo para um "*Corpo São*", sendo que o papel benéfico da atividade física regular e do exercício estruturado na saúde dos idosos foi sugerido pela Organização Mundial da Saúde (Bull et al., 2020;) e apoiado pelo American College of Sports Medicine nas suas diretrizes publicadas em 2022 (American College of Sports Medicine, 2021). Outros estudos sugerem que alimentação saudável acompanhada de programa de exercícios físicos exercem efeitos benéficos sobre a saúde da maioria das pessoas idosas (Koehler & Drenowatz, 2019; Mckay et al., 2019).

Outro ingrediente considerado pelos participantes para um "*Corpo São*" é o pé e a importância do tipo calçado. Alguns participantes mencionam os pés e o calçado como elementos-chave para a locomoção e o equilíbrio e reconhecem alguma importância no âmbito do risco de queda e da sua prevenção. Este resultado é contrário aos resultados de um estudo qualitativo de Conde *et al.*(Conde et al., 2020) sobre a visão de idosos escoceses e portugueses residentes na comunidade sobre os pés, no âmbito da prevenção de quedas.

Agir sobre seu ambiente domiciliário para a maioria dos participantes é agir no sentido de dar uma resposta reativa e adaptativa face a um desfasamento entre as necessidades dos participantes e o seu ambiente, na tentiva de minimizar o risco de queda. A experiência adquirida em quedas passadas ou tropeções e a identificação de fatores ambientais específicos proporcionaram, assim, um conhecimento dos riscos que

determinam as decisões relativas às modificações domiciliárias necessárias.

As ações expressam-se em modificações ambientais efetuadas ou emergentes, como por exemplo, a mudança de banheira para poliban, face à necessidade de satisfazer as necessidades básicas e de acessibilidade a equipamentos domiciliários, ou no desempenho de certas atividades diárias, como tomar banho ou ter acesso a utensílios num armário na cozinha para a preparação de uma refeição. Estes resultados corroboram estudos anteriores que indicam que algumas modificações domésticas melhoraram a acessibilidade e a usabilidade dos ambientes domésticos 178, fortaleceram o significado pessoal e social da casa para as pessoas idosas (Aplin et al., 2013), diminuíram a dependência da realização de atividades diárias e reduziram a carga de prestação de cuidados (Tanner et al., 2008) e facilitaram o autocuidado

CONCLUSÃO

O risco percebido de queda é constituído ao longo do tempo e num espaço, onde as experiências vivências de cada um contribuem para um significado único num dado contexto. O conhecimento dos riscos de queda tende a estar relacionado com as experiências passadas, mas as situações só passam para o universo pessoal quando as valorizamos.

A aprendizagem situa-se numa história, numa experiência, num *continuum* do "*Eu*", cuja coerência a pessoa idosa procura manter. Por conseguinte, a estratégia educativa deverá integrar estes dados de autoconhecimento gerados por uma realidade e pela dinâmica da temporalidade biográfica da pessoa idosa-habitante-num ambiente. Os contextos ambiental e corporal apresentam uma relação direta, ou seja, um atua como extensão do outro. A queda dá-se na relação de um corpo com o meio e coloca em causa o valor de um estado de saúde, sendo vista como uma imagem negativa do envelhecimento e considerada uma fraqueza física e consequência de problemas de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Alves T, Braz P, Rodrigues E, Mexia R, Neto M, Matias Dias C. EVITA: Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2022. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA); 2024.
2. Valipoor S, Pati D, Kazem-Zadeh M, Mihandoust S, Mohammadigorji S. Falls in older adults: a systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. J Aging Environ. 2020;34(4):351–74.
3. Daré AC. A percepção do idoso do meio ambiente doméstico: um processo inclusivo. In: 7º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design, Curitiba, Paraná, Brasil, 9-11 Agosto, 2006. Curitiba: Universidade Positivo (Unicenp); 2006.
4. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988;319(26):1701–7.
5. CEDRU. Estudo de avaliação das necessidade dos seniores em Portugal 2008: relatório final. Lisboa: Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU); 2008. 6.
6. Matias P. "Ageing in place": solutions for elderly, Portugal. Espaços Construídos, Espaços Vividos. 2013;1(1):77–85.
7. Câmara Municipal de Lisboa. IIº Diagnóstico social de Lisboa 2015-2016. Lisboa: Rede Social Lisboa; 2016.

8. Lima ML. Contribuitos para o estudo de representação do risco: Parte I: A percepção de riscos e perigos. Psicologia. 1989;VII(3):325–50.
9. Slovic P. Perception of risk. Science (80-). 1987;236(4799):280–5.
10. Vandervelde, S., Vlaeyen, E., de Casterlé, B.D. *et al*. Strategies to implement multifactorial falls prevention interventions in community-dwelling older persons: a systematic review. *Implementation Sci* **18**,4(2023). https://doi.org/10.1186/s13012-022-01257-w
11. McClure RJ, Hughes K, Ren C, Mckenzie K, Dietrich U, Vardon P, et al. The population approach to falls injury prevention in older people: findings of a two community trial. BMC Public Health. 2010;10(1):e79.
12. Holmstrom I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. Patient Educ Couns. 2010;79(1):167–72.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. Res Nurs Health. 1995;18(2):179–83.
15. PORDATA. Salário mínimo nacional 2021 [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2022.
16. Câmara Municipal de Lisboa. Boletim Municipal: aprovação dos Estatutos GEBALIS. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa; 2017.
17. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Erratum: Correction to: Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health Framework (ICF) (BMC Geriatrics, 2019;19(1):195). BMC Geriatr. 2020;20(1):23.
18. Caldas CP. Envelhecimento com dependência : responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773–81.
19. Fried LP, Walston JD, Ferrucci L. Frailty. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti M, Studenski S, High KP, Asthana S, editors. Hazzard's geriatric medicine and gerontology. 6th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2022. p. 1–22.
20. Nachreiner NM, Findorff MJ, Wyman JF, McCarthy TC. Circumstances and consequences of falls in community-dwelling older women. J Women's Heal. 2007;16(10):1437–46.
21. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people of 70 years and older. Journals Gerontol. 1989;44(4).
22. Luukinen H, Koski K, Hiltunen L, Kivelä SL. Incidence rate of falls in an aged population in Northern Finland. J Clin Epidemiol. 1994;47(8):843–50.
23. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: a prospective study. JAMA. 1989;261(18):2663–8.
24. Ellmers TJ, Wilson MR, Norris M, Young WR. Protective or harmful? A qualitative exploration of older people's perceptions of worries

about falling. Age Ageing. 2022;51(4):1–10.
25. Cohen S, Bodstein R, Kligerman D, Marcondes W. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2006;12(1):191–8.
26. Aragonés JI, Rodríguez C. Percepción del self a través de la decoración de la vivienda. Medio Ambient y Comport Hum. 2005;6(1):89–100.
27. Letts L, Moreland J, Richardson J, Coman L, Edwards M, Ginis KM, et al. The physical environment as a fall risk factor in older adults : systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. Aust Occup Ther J. 2010;57(1):51–64.
28. Feldman F, Chaudhury H. Falls and the physical environment: a review and a new multifactorial falls-risk conceptual framework. Can J Occup Ther. 2008;75(2):82–95.
29. Albuquerque DS, Amancio DAR, Günther IA, Higuchi MIG. Contribuições teóricas sobre o envelhecimento na perspectiva dos estudos pessoa-ambiente. Psicol USP. 2018;29(3):442–50.
30. Bull FC, Al-Ansari S, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(1):1451–62.
31. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 11th ed. Indianapolis, IN: American College of Sports Medicine (ACSM); 2021.
32. Koehler K, Drenowatz C. Integrated role of nutrition and physical activity for lifelong health. Nutrients. 2019;11(7):10–2.
33. Mckay H, Naylor PJ, Lau E, Gray SM, Wolfenden L, Milat A, et al. Implementation and scale-up of physical activity and behavioural nutrition interventions: an evaluation roadmap. Int J Behav Nutr Phys Act. 2019;16(1):1–12.
34. M, Hendry GJ, Woodburn J, Skelton DA. ´Feet are second class citizens`: exploring the perceptions of Scottish and Portuguese older adults about feet, falls and exercise: a qualitative study. J Foot Ankle Res. 2020;8(1):1–11.
35. Aplin T, de Jonge D, Gustafsson L. Understanding the dimensions of home that impact on home modification decision making. Aust Occup Ther J.2013;60(2):101–9.