

Armadilhas do espaço urbano

Urban fall traps

Telma de Almeida Busch Mendes¹, Vera Lucia de Almeida Valsecchi²

RESUMO

Objetivo: Explorar as repercussões da queda em idosos residentes na cidade de São Paulo e desenvolver, ainda que sinteticamente, questões associadas à cidade e à sua relação com o envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos. **Métodos:** Trata-se de trabalho com abordagem qualitativa. Para a obtenção de dados, optou-se pela técnica da “entrevista individual em profundidade”. A escolha dos sujeitos obedeceu ao procedimento definido como “rede”. **Resultados:** Foram realizadas dez entrevistas, nove com idosos vítimas de quedas e uma com o representante do poder público. Das entrevistas resultaram dados que confirmam mudanças expressivas na vida dos idosos que são vítimas do que se passou a denominar de “armadilhas urbanas” e que, extrapolando os âmbitos da mobilidade e da dependência, invadem sentimentos, emoções e desejos. O despreparo da cidade de São Paulo confirmou-se na ausência de planejamentos urbanos adequados e no descompromisso do poder público. Revelou ainda que o modo singular e diferente de ser e viver a velhice, ao lado do direito de exercer a cidadania, reflete-se na maior ou menor dificuldade dos idosos de lutarem por seus direitos e terem seus espaços respeitados. **Conclusão:** São Paulo não se apresenta como “*locus*” ideal de vida para a velhice. Às ciladas presentes no espaço público somam-se as que, existentes nos espaços privados, também contribuem para a dura experiência de quedas entre idosos, experiência com conseqüências muitas vezes fatais. No Brasil as atenções recaem, basicamente, sobre as conseqüências das quedas, não sobre a prevenção destas, por meio de um planejamento urbano que atenda às necessidades de grupos mais vulneráveis – deficientes físicos e idosos.

Descritores: Cidade; Espaço urbano; Espaço público; Queda; Idoso

ABSTRACT

Objective: To evaluate the repercussion of falls in the elderly people who live in the city of São Paulo and address – though synthetically – some questions regarding the city and its relation to aging and the quality of life of the elderly. **Methods:** This is a qualitative study. As for data collection, “in-depth individual interviews” were applied. Selection of subjects was guided by a procedure named as “network”. **Results:** Ten interviews were performed, nine with elderly individuals who were victims of falls and one with a public authority representative. Data

resulting from interviews confirmed that significant changes occur in live of the elderly, who are victims of what has been called “urban traps”, and that, by extrapolating mobility and dependence contexts, invade feelings, emotions and desires. The inappropriate environment provided by the city of São Paulo is confirmed by absence of adequate urban planning and lack of commitment of public authorities. It also revealed that the particular way of being old and living an elderly life, in addition to right to citizenship, is reflected by major or lesser difficulties imposed to the elderly to fight for their rights and have their public space respected. **Conclusion:** The city of São Paulo is not an ideal *locus* for an older person to live in. To the traps that are found in public places one can add those that are found in private places and that contribute to the hard experience of falls among the elderly, an experience that is sometimes fatal. In Brazil, the attention is basically focused on the consequences of falls and not on prevention, by means of urban planning that should meet the needs of the most vulnerable groups – the physically disabled and the elderly.

Keywords: City; Urban space; Public space; Fall; Elderly

INTRODUÇÃO

O Brasil possui hoje cerca de 17.662.715 milhões de idosos, número que representa 9,7% da população total⁽¹⁾. O censo demográfico de 2000 indicava 14.536.029 pessoas com 60 anos ou mais, o que correspondia a 8,6% da população total brasileira, contra 10.722.705, que representavam 7,3% em 1991⁽²⁾.

Apesar de o envelhecimento populacional representar, neste país, um fato recente, a população idosa brasileira é uma das maiores do mundo, em termos absolutos. Em poucos anos, ela deverá superar a marca de 30 milhões de pessoas.

O envelhecimento populacional se faz acompanhar de outro fenômeno: a longevidade, ou seja, o aumento no número de anos vividos na condição de idoso. Nas últimas décadas, a esperança de vida aumentou mais do que nos cinco milênios anteriores.

Trabalho realizado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Mestre, Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

² Doutora em Antropologia, Professora da Pontifícia Universidade Católica – PUC – São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Telma de Almeida Busch Mendes – Rua Deputado João Sussumo Hirata, 770, ap. 12 – Morumbi – CEP 05715-010 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 3742-7565 – e-mail: busch@einstein.br

Este artigo é uma versão simplificada da tese de mestrado defendida junto ao Programa de Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em 2002, que teve bolsa da CAPES, sendo os dados atualizados para esta versão.

Data de submissão: 17/7/2006 – Data de aceite: 16/3/2007

Segundo previsões da ONU, em 2025, os sexagenários vão ultrapassar os jovens com menos de 15 anos; o número de centenários deverá ser 16 vezes maior que o atualmente registrado e a população com mais de 80 anos vai se multiplicar por seis.

Essa “nova” realidade aponta para a imperiosidade de transformações nos mais diversos âmbitos da sociedade; esta deverá se reorganizar de modo a constituir-se como uma “sociedade para todas as idades”. Em termos mais amplos impõe-se, de imediato, a adoção de medidas para a superação do atual estado de marginalização e exclusão em que se encontra um expressivo número de idosos.

O principal objetivo dos programas de proteção e inclusão social deve ser oferecer a possibilidade de a velhice ser vivida sob novos conteúdos e com um alto grau de satisfação e de realização pessoal.

No entanto, o que observamos é que nossa sociedade, ao relacionar o avanço da idade ao decréscimo da capacidade de gerar renda, conduz à perda de prestígio social e a várias formas de discriminação negativa; induz, desta forma, o idoso a adotar uma atitude de resignação e de marginalização. Envelhecer torna-se, assim, sinônimo de discriminação, de perda de prestígio social e de incapacidade.

O fato é que não somos preparados para a velhice; só o somos para a vida adulta e para o trabalho. E o trabalho é a primeira coisa que nos é tirada quando envelhecemos.

No Brasil, dos incontáveis desafios enfrentados cotidianamente pelos idosos, um chama particularmente a atenção. Referimo-nos, aqui, à falta de planejamento das cidades. Reproduzindo um padrão mais geral e diretamente relacionado ao modelo de produção reinante, nossas cidades foram projetadas para uma população orientada para o trabalho, para a produção e para o consumo de bens por jovens e adultos, modelo no qual as pessoas de mais idade precisam ajustar-se. Estas considerações aplicam-se, especialmente, para as grandes cidades, as metrópoles, a exemplo de São Paulo.

Dados divulgados pelo IBGE em 1º de julho de 2006⁽³⁾ revelam que, da população de São Paulo (11.016.703), 10,1% eram idosos, porcentagem que coloca esta cidade na quinta posição do *ranking* dos municípios brasileiros com maior número de idosos.

Entre nós, o envelhecimento populacional se faz acompanhar de inúmeras questões sociais e urbanas; questões que, não adstritas aos idosos, entre elas se encontram sobredeterminadas. Enfim, questões ligadas à saúde, ao desemprego, ao sistema público de transporte, à habitação, ao meio ambiente, à degradação do espaço público e à violência.

A falta de planejamento e o crescimento desordenado da cidade fizeram com que, no decorrer dos anos, muitos espaços urbanos cedessem lugar a terminais de ônibus ou a ilhas de concreto.

Pode-se dizer que a São Paulo do novo milênio tornou-se uma cidade cujos problemas são proporcionais à sua grandeza.

Como lócus econômico, social e cultural privilegiado, São Paulo esconde inúmeras “armadilhas”, principalmente para os idosos que transitam pelas ruas com grande dificuldade; idosos que, no dia-a-dia, correm o risco de quedas. Algumas das conseqüências mais comuns dos episódios de quedas são as perdas da autoconfiança, o medo, seqüelas mais graves ou até mesmo a morte.

É indiscutível a necessidade de a cidade adaptar os espaços públicos de lazer e circulação, as calçadas e o transporte coletivo, para garantir o acesso às pessoas idosas, pois existem situações que tornam inviáveis, para os idosos, o deslocamento para o desempenho de muitas atividades, até mesmo as mais simples. O que se observa é, via de regra, a total impossibilidade de eles irem e virem, de locomover-se, seja em busca de trabalho, de saúde ou de lazer.

Entre nós, o que é um direito torna-se uma grande “armadilha”: escadas sem corrimão, pisos escorregadios, calçadas depredadas e desniveladas (quando não “invadidas” por automóveis), prédios públicos e pontos turísticos de difícil acesso. Nossa cidade está repleta de barreiras arquitetônicas e urbanas.

Revelam-se, assim, uma das faces mais perversas de nossos centros urbanos, mesmo os planejados; face relacionada aos diversos obstáculos diariamente vividos, como os degraus altos dos ônibus (inviáveis até mesmo para os que não são idosos), o tempo de abertura dos semáforos e o piso irregular das calçadas. Estes são apenas alguns exemplos de fatos e situações negligenciados pelo poder público.

A título de exemplo lembramos que, para atravessar os semáforos, as pessoas precisam, muitas vezes, sair correndo. De acordo com a Associação Brasileira de Pedestres (Abraspe), cuja missão é lutar pelos direitos dos pedestres, especialmente dos mais frágeis; para não atrapalhar a fluidez do trânsito na cidade de São Paulo, as pessoas precisam cruzar as ruas a uma velocidade de 1,2 metro⁽⁴⁾ por segundo, porém o ideal para os idosos seria pelo menos 1 metro por segundo⁽⁵⁻¹¹⁾. Assim, parece que as companhias de trânsito se preocupam mais com o tráfego do que com a vida dos pedestres.

Se a velhice e a longevidade se colocam como um novo problema a ser enfrentado, importa garantir aos idosos, entre outros, o primeiro e mais fundamental direito humano: “o direito a ter direito”, na feliz expressão de Arendt⁽¹²⁾.

A velhice é um fenômeno multidimensional que atinge, com grandes diferenciações, os corpos e as mentes

Quadro 1. Fatores intrínsecos que predis põe à queda

Características	Fatores interligados	Fatores agravantes
Idade	Alterações do colágeno e da elastina = rigidez do tecido conjuntivo Diminuição do ácido hialurônico = perda da espessura da cartilagem	Imobilidade, osteoporose
Alterações da mobilidade	Pode estar relacionada à perda de força muscular, perda de ADM, encurtamento, deformidade	Repouso, falta de uso, imobilização, alterações articulares: artrite, osteoartrite
Perda de força muscular	Diminuição da excitação das fibras nervosas, alteração das fibras musculares no idoso, perda de massa magra	Imobilidade, desnutrição
Instabilidade postural, perda de equilíbrio	Propriocepção diminuída, reflexos mais lentos, tônus diminuído, hipotensão ortostática	Condições patológicas: alterações metabólicas, cardíacas, anemia, medicações, interação medicamentosa
Alterações sensoriais	Visão Audição Alteração tátil das mãos e dos pés	Ignorar estas alterações
Alterações na marcha (simetria, velocidade)	Marcha lenta, passos curtos e irregulares	Condições patológicas: neuropatias periféricas, doenças degenerativas, demências, Parkinson Fraturas, queda, deformidades nos pés

Obs.: Não podemos desconsiderar os distúrbios cognitivos como a ansiedade, a depressão, a demência e a negação da fragilidade que estão intimamente ligados aos problemas de quedas nos idosos.

dos indivíduos. Em cada pessoa, o curso das alterações segue um padrão próprio e singular. No entanto, é possível assinalar alguns aspectos biológicos, fisiológicos, anatômicos e morfológicos que, associados ao processo de envelhecimento, predis põe o idoso a quedas⁽¹³⁻²¹⁾ (quadro 1).

A maioria das quedas “acidentais” é causada por um ou por um grupo de fatores que interagem com as “armadilhas” do espaço urbano.

Como fatores extrínsecos, há que se considerar, além do meio ambiente, as medicações que podem aumentar o risco de uma queda (hipotensores, diuréticos, psicotrópicos)⁽²²⁻²⁶⁾, além de interações medicamentosas, órteses mal adaptadas e calçados inadequados.

As conseqüências de uma queda podem variar de uma simples lesão aos tecidos lisos que cause dor ou fratura até uma lesão mais séria, como um hematoma subdural que necessite hospitalização, com todos os comprometimentos decorrentes da imobilização e os riscos de iatrogenias⁽²⁷⁻²⁹⁾.

A imobilização tanto pode resultar da própria lesão, como pode ser agravada pelo medo de cair novamente, pela perda da autoconfiança e por restrições na deambulação.

Independentemente dos motivos que podem levar à imobilidade, as conseqüências são sempre graves; elas vão da incapacidade, perda da qualidade de vida e dependência, até a hospitalização, institucionalização e morte (Figura 1).

É no contexto das reflexões acima que se situa o problema central da investigação feita. Nela procuramos identificar as repercussões da queda na vida de idosos residentes na cidade de São Paulo.

OBJETIVO

Obter informações sobre as repercussões da queda em idosos residentes na cidade de São Paulo e desenvolver, ainda que sinteticamente, questões associadas à cidade e à sua relação com o envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos.

MÉTODOS

Por se situar no contexto de trajetórias pessoais e por envolver o rico campo dos significados atribuídos, pelos sujeitos, aos acontecimentos da vida (no caso das quedas, extraordinárias), a opção metodológica recaiu, basicamente, sobre a abordagem qualitativa. No entanto, a metodologia quantitativa foi igualmente utilizada. Por meio dela, buscamos informações e dados empíricos que, diversamente situados, contribuíram para a melhor delimitação do problema investigado; com ela, buscamos indicadores mais gerais sobre os idosos que se enquadravam na categoria de “vítimas de armadilhas urbanas”.

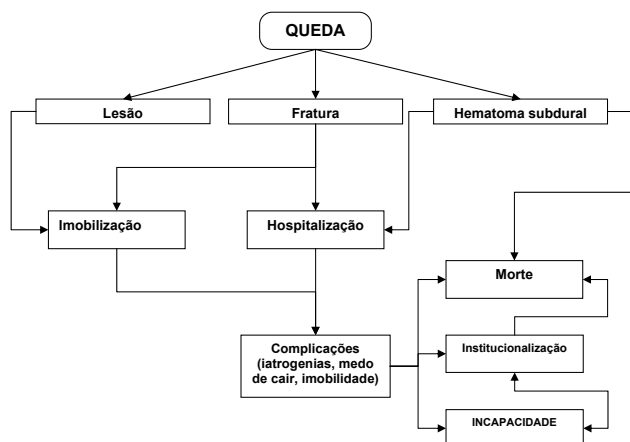


Figura 1. Conseqüências da queda

No entanto, cabe sublinhar a ausência de dados em prontuários médicos e mesmo em uma ONG sobre riscos urbanos, sobre as causas das quedas. Quanto à ONG, a única preocupação era mais com as armadilhas urbanas do que com as vítimas. Estas “ausências” dificultaram, em muito, a obtenção de dados quantitativos.

Quanto à metodologia qualitativa, o procedimento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista individual em profundidade, técnica amplamente utilizada, na atualidade, entre pesquisadores de diversas áreas do conhecimento (inclusive a saúde).

Para Simoni et al. a escolha metodológica deve ser baseada na natureza do problema a ser estudado e no recorte da realidade de cada pesquisa, sendo só por meio da abordagem qualitativa ser possível compreender tudo aquilo que remete à inteligibilidade dos significados atribuídos às ações e experiências de vida. O significado é a preocupação essencial da abordagem qualitativa⁽³⁰⁾.

Dessa forma, se nos dados quantitativos os sujeitos permaneceram “invisíveis” (escondidos atrás de indicadores e de dados empíricos), nas entrevistas eles ganharam “corpo e alma”, tornando-se visíveis e com vozes audíveis. Nelas, mediante a escuta atenta e cuidadosa, fluíram vidas entrecortadas por diversos tipos de acidentes; enfim, de episódios que ganharam conteúdos e significados específicos.

A escolha dos sujeitos obedeceu ao procedimento metodológico definido como “rede”. Por este procedimento, o primeiro sujeito, selecionado no ambiente hospitalar ou indicado por pessoas conhecedoras de idosos nesta condição, indicou outro sujeito que, na seqüência, procedeu de modo semelhante, indicando um novo sujeito.

Com o objetivo de obter informações sobre a cidade e sua relação com o envelhecimento e a qualidade de vida, foi também entrevistado um representante do poder público diretamente envolvido com questões ambientais e de planejamento urbano. Um roteiro de entrevista preestabelecido serviu de guia para as entrevistas (anexo 1). Quando da realização das entrevistas, buscou-se o estabelecimento de uma relação de confiança, espontaneidade e liberdade de expressão. O objetivo foi possibilitar um ambiente favorável ao livre exercício da narração. Ao todo, foram realizadas dez entrevistas, nove com idosos vítimas de quedas e uma com o representante do poder público.

RESULTADOS

Na pesquisa aqui apresentada, em que pesem as idiosincrasias pessoais, alguns aspectos foram recorrentes nas respostas obtidas: de um lado, todos os sujeitos tinham, até o momento da queda, uma vida muito ativa; de

outro lado, alimentava-os o desejo e a satisfação de se sentirem úteis, de se realizarem e de não verem a velhice como uma fase da vida marcada tão somente por perdas. Paralelamente, todos se sentiam culpados, mesmo que parcialmente, pela queda que sofreram, mas “sabiam” que haviam caído nas armadilhas da cidade. Tinham consciência de que eram “vítimas”.

Para todos, a queda foi um “marco” em suas vidas; isto porque a queda resultou em muitas complicações, algumas com seqüelas irreversíveis.

Dos entrevistados, três tiveram complicações após a fratura; dois foram submetidos a mais de uma cirurgia e um não voltou à vida normal, pois não se recuperou totalmente.

Independentemente do nível socioeconômico, todos os entrevistados disseram que São Paulo mudou demais; tornou-se uma cidade agressiva e abandonada, uma cidade que não promove encontros, que afasta e isola. Lembraram-se, com saudades, da São Paulo de suas juventudes; concordaram, sem exceção, que o preço pago pelo progresso foi muito alto. A violência, a falta de segurança e o medo estiveram presentes na fala de todos. Para eles, envelhecer em São Paulo é sinônimo de exclusão.

Outro fato recorrente foi a indignação com os governantes quanto ao desrespeito aos direitos dos idosos; direitos de há muito estabelecidos. Esta indignação se expressa, mais fortemente, no que se refere à aposentadoria.

Referiram-se, também, ao descaso e desrespeito com que são tratados pelos condutores de ônibus.

Outro aspecto abordado pelos entrevistados foi a família. Segundo eles, a dependência causada por um episódio de queda pode colocar à prova as relações, os laços familiares. Quanto maiores forem estes laços, menores os “pesos” das incapacidades dos indivíduos. Assim, a queda impõe o que é apreendido como uma inversão de papéis: de cuidador a quem é cuidado.

DISCUSSÃO

A busca inicial de dados que levassem, de modo confiável, aos idosos que são vítimas das “armadilhas” do espaço urbano e, por extensão, à relação entre a cidade de São Paulo e as condições de vida e de mobilidade destes levou a idosos de “carne e osso” a indivíduos que viram suas vidas se alterarem, muitas vezes drasticamente, em virtude das quedas que sofreram.

Sem desconsiderar a existência de fatores que, intrínsecos ao processo de envelhecimento, favorecem episódios de quedas, os fatores ambientais, estranhos àqueles inerentes ao envelhecimento, contribuem decisivamente para a ocorrência de quedas entre os idosos.

Cabe ressaltar que, embora as mortes causadas por acidentes no trânsito estejam concentradas em adultos jovens, as taxas de mortalidade são significativas entre os idosos⁽³¹⁻³⁴⁾.

Além disso, os idosos são mais vulneráveis a traumas, têm capacidade reduzida de recuperação, ficam maior tempo hospitalizados com lesões mais graves e têm mortalidade significativamente maior do que os pacientes mais jovens⁽³⁵⁾.

Infelizmente, São Paulo não se apresenta como “lócus” ideal de vida para a velhice⁽³⁶⁾. O correto seria ter em mente, sempre que possível, as diferentes necessidades dos cidadãos que nela residem e trabalham. No caso dos idosos, todos os requisitos de segurança e acessibilidade acabariam gerando conforto para qualquer pessoa, nas diferentes etapas da vida.

Por fim, pode-se concluir que, antes de exigir a participação de todos os cidadãos nos serviços e equipamentos disponibilizados pelas cidades, deve-se examinar se esta participação será possível, se todos os meios para que isso ocorra estão presentes na estrutura urbana, se as edificações e os espaços abertos contemplam durabilidade, funcionalidade, estética, acessibilidade e habitabilidade, de modo que sejam respeitadas as necessidades diferenciadas dos idosos e, ao mesmo tempo, fomentar atitudes solidárias na população em geral.

Ainda estamos longe de compreender todas as conseqüências que a longevidade acarreta para a sociedade moderna. Mas nos move a certeza da necessidade de articulação e diálogo entre a sociedade civil, o governo e os movimentos sociais para a revitalização da vida comunitária e a readequação do desenho urbano; enfim, um diálogo radicado no empenho de melhorar as condições de vida das pessoas, em geral, e dos idosos, em particular.

Enfim, ninguém planeja a velhice. Passamos a vida inteira fazendo planos para o futuro, mas adiamos pensar nela.

CONCLUSÃO

São Paulo não se apresenta como “lócus” ideal de vida para a velhice. Às ciladas presentes no espaço público somam-se as que, existentes nos espaços privados, também contribuem para a dura experiência de quedas entre idosos, experiência com conseqüências muitas vezes fatais.

No Brasil as atenções recaem, basicamente, sobre as conseqüências das quedas, não sobre a prevenção destas, por meio de um planejamento urbano que atenda às necessidades de grupos mais vulneráveis – deficientes físicos e idosos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CF Síntese dos Indicadores Sociais 2005 [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2006 [citado em 2006 Out 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado em 2006 Nov 7]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das populações residentes, segundo os municípios [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2006 [citado em 2006 Nov 8]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DOU.pdf
4. Manual de orientação do pedestre – cidade de São Paulo [texto na Internet]. São Paulo: Abraspe; 1999 [citado em 2006 Nov 13]. Disponível em: <http://www.ta.org.br/site/Banco/7manuais/Manual%20do%20Pedestre.doc>
5. Montero-Odasso M, Schapira M, Duque G, Soriano ER, Kaplan R, Camera LA. Gait disorders are associated with non-cardiovascular falls in elderly people: a preliminary study. *BMC Geriatr*. 2005;5:15.
6. Imms FJ, Edholm OG. Studies of gait and mobility in the elderly. *Age Ageing*. 1981;10(3):147-56.
7. Montero-Odasso M, Schapira M, Varela C, Pitteri C, Soriano ER, Kaplan R, et al. Gait velocity in senior people. An easy test for detecting mobility impairment in community elderly. *J Nutr Health Aging*. 2004;8(5):340-3.
8. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Varela M, Kaplan R, Camera LA, et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events healthy seniors aged 75 and older. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2005;60(10):1304-9.
9. Samson MM, Crowe A, de Vreede PL, Dessens JA, Duursma SA, Verhaar HJ. Differences in gait parameters at a preferred walking speed in health subjects due to age, height and body weight. *Aging (Milano)*. 2001;13(1):16-21.
10. Izidoro A. Semáforo de SP obriga pedestre a correr. Folha de São Paulo [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2006 Nov 13]; Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u117332.shtml>
11. Falanstério 33 – Pedestre sem tempo para atravessar ruas. Índice de mortes por atropelamento [texto na Internet]. 2006 [citado em 2006 Nov 13]. Disponível em: http://falansterios.blogspot.com/2006/11/falanstrio-33-pedestre-sem_116268247348603443.html
12. Arendt H. Origens do totalitarismo (anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo). São Paulo: Cia. das Letras; 1989.
13. Rogers ME, Rogers NL, Takeshima N, Islam MM. Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. *Prev Med*. 2003;36(3):255-64.
14. Lord SR, Clark RD, Webster IW. Physiological factors associated with falls in an elderly population. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(12):1194-200.
15. Lord SR, Dayhew J. Visual risk factors for falls in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5): 508-15.
16. Lord SR, Ward JA, Williams P, Anstey KJ. Physiological factors associated with fall in older community-dwelling women. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(10):1110-7.
17. Rubenstein LZ, Robbin AS, Josephson KR, Schulman, BL, Osterweil D. The value of assessing falls in an elderly population: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 1990;113(4):308-16.
18. Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Ann Rev Public Health*. 1992;13:489-508.
19. Tideiksaar R. Falls in older people: prevention and management. Baltimore: Health Professions; 2002.
20. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003;348(1):42-9.
21. Yuan JR, Kelly J. Falls prevention, or “I think I can, I think I can”: an ensemble approach to falls management. *Home Healthc Nurse*. 2006; 24(2):103-11.
22. Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing homes residents. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(6):682-5.

23. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The GIVA study. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(12):1222-9.
24. Alcee D. The experience of community hospital in quantifying and reducing patient falls. *J Nurs Care Qual.* 2000;14(3):43-5.
25. Frels C, Williams P, Narayanan S, Gariballa SE. Iatrogenic causes of falls in hospitalized elderly patients: a case control study. *Postgrad Med J.* 2002;78(922):487-9
26. Kerzman H, Chetrit A, Brin L, Toren O. Characteristics of falls in hospitalized patients. *J Adv Nurs.* 2004;47(2):223-229.
27. Centers for Disease Control and Prevention (2001-2002). Injury factbook [text on the Internet]. [cited 2006 Oct 10]. Available from: http://www.cdc.gov/ncipc/fact_book/pta-o919.pdf.
28. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Instability and falls. In Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB, editors. *Essentials of clinical geriatrics.* 3rd ed. New York: McGraw Hill;1994. p. 197-220.
29. Muche JA, McCarty S. Geriatric rehabilitation [text on the Internet]. [cited 2006 Nov 13]. Available from: <http://www.emedicine.com/pmr/topic164.htm>.
30. Simioni AMC, Lefevre F, Pereira BIMT. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública; 1996. 21 p. ilus. (Série Monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP, 2).
31. Ott EA, Favaretto ALF, R N A FP, Zechin JG, Bordin R. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região Sul do Brasil: caracterização da vítima e das lesões. *Rev Saúde Publica.* 1993;27(5):350-6.
32. Mello JMHP, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cad Saúde Publica.* 1994;10(1):19-44.
33. Scalassara MB, Souza RKTS, Soares DFPP. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil, em 1992. *Rev Saúde Pública.* 1998;32(2):125-32.
34. Souza RKT, Soares DFPP, Mathias TAF, Andrade OG, Santana RG. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana: *Acta Scientiarum Health Sciences.* 2003;25(1):19-25.
35. McCoy GF, Johnston RA, Duthie RB. Injury to the elderly in road traffic accidents. *J Trauma.* 1989;29(4):494-7.
36. Busch Mendes T. Armadilhas do espaço urbano [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade de São Paulo; 2002.

ANEXO 1

Roteiro de Entrevista

- Nome (iniciais):
 Idade:
 Profissão:
 Sexo:
- 1) Conte um pouco da sua vida. Seu dia-a-dia...
 - 2) Como aconteceu a queda?
 - 3) O senhor acha que algum fator inerente ao envelhecimento favoreceu no seu caso à queda?
 - 4) Foi preciso internação em algum hospital, se sim, por quanto tempo?
 - 5) Foi necessária imobilização e por quanto tempo?
 - 6) Foi necessário cirurgia?
 - 7) Teve alguma complicação associada à internação?
 - 8) Houve alguma mudança na sua vida após a queda?
 - 9) O senhor conseguiu voltar à sua vida "normal, ativa"? Quanto tempo depois?
 - 10) Foi preciso se submeter à nova cirurgia?
 - 11) Como é a cidade de São Paulo do ponto de vista das pessoas que envelhecem?
 - 12) O que você mudaria na cidade de São Paulo?
 - 13) O que a cidade de São Paulo perdeu com o desenvolvimento?
 - 14) O que é para o senhor envelhecer numa cidade grande? Quais os pontos positivos e os negativos dela?