

Comportamiento de riesgo para caídas en adultos mayores: experiencias de los agentes comunitarios en salud*

Temática: promoción y prevención.

Contribución a la disciplina: discutir y describir los factores que constituyen los comportamientos de riesgo para las caídas, con el fin de proporcionar conocimientos que contribuyan a planear intervenciones de cuidado por parte del equipo de salud, desarrollar y mejorar la atención y promover la salud en los adultos mayores.

RESUMEN

Objetivo: identificar los comportamientos de riesgo de los adultos mayores en el domicilio descritos por las agentes comunitarias de salud y sus factores relacionados. **Material y método:** investigación cualitativa, en la perspectiva dialéctica, realizada por medio de un grupo focal con agentes comunitarios de salud de una unidad de estrategia de salud de la familia de un municipio en el Estado de São Paulo, Brasil. Para el análisis, se utilizó el análisis de contenido temático. **Resultados:** los comportamientos de riesgo revelados están relacionados con factores extrínsecos (arquitectura, mobiliario y equipamiento), factores socioeconómicos (escolaridad e ingresos bajos, déficit de apoyo social y familiar) y factores psicológicos (sensación de vulnerabilidad, dependencia y no reconocerse en una condición peligrosa). **Conclusiones:** las caídas son el resultado de una compleja interacción entre los factores y los comportamientos estudiados, por lo que una adecuada identificación de estos puede subvencionar acciones de intervención individual y colectiva, así como procesos de gestión y planificación de cuidados dirigidos a la salud de la persona mayor.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS/MESH)

Adulto mayor; anciano; accidentes por caídas; factores de riesgo; atención primaria de salud; promoción de la salud.

DOI: 10.5294/aqui.2020.20.2.3

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Fonseca RFMR, Matumoto S, Xavier JJS, Faller WF. Risk behavior for falls in the elderly: experiences of community health workers. *Aquichan*. 2020;20(1):e202X. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.2.3>

1 <https://orcid.org/0000-0002-5878-0826>. Universidade de São Paulo, Brasil. renatafml@alumni.usp.br

2 <https://orcid.org/0000-0002-8590-5276>. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br

3 <http://orcid.org/0000-0001-5748-1018>. Universidade de São Paulo, Brasil. yoav@alumni.usp.br

4 <https://orcid.org/0000-0002-1216-8180>. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil. jossiana.faller@unioeste.br

* Este artículo es derivado de la tesis de maestría "Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária", presentada a la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, disponible en: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-30052018-105526/pt-br.php>

Recibido: 06/06/2019
Enviado a pares: 31/07/2019
Aceptado por pares: 04/02/2020
Aprobado: 20/02/2020

*Risk Behavior for Falls in the Elderly: Experiences of Community Health Workers**

ABSTRACT

Objective: To identify the risk behaviors of the elderly at home, described by community health workers, and related factors. **Materials and methods:** qualitative research, in the dialectical perspective, carried out through a focus group with community health workers from a family health strategy unit in a municipality of the State of São Paulo, Brazil. Thematic content analysis was used for the study. **Results:** the revealed risk behaviors are related to extrinsic factors (architecture, furniture, and equipment), socioeconomic factors (low income, level of education, deficit of social and a family support), and psychological factors (feeling of vulnerability, dependence and not self-acknowledging in a dangerous condition). **Conclusions:** falls are the result of a complex interaction between the factors and, the behaviors studied so that adequate identification of these can subsidize individual and collective intervention actions, as well as care management and planning processes aimed at the health of the elderly person.

KEYWORDS (SOURCE: DECIS/MESH)

Aged; elderly; accidental falls; risk factors; primary health care; health promotion.

* This article is derived from the master's thesis entitled "Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária", presented to the School of Nursing of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, available in: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-30052018-105526/pt-br.php>

*Comportamento de risco e fatores para quedas em idosos: experiências de Agentes Comunitários em Saúde**

RESUMO

Objetivo: identificar os comportamentos de risco dos idosos em domicílio e descrever fatores relacionados. **Material e método:** pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por meio de Grupo Focal com Agentes Comunitárias de Saúde de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Para análise, utilizou-se análise temática de conteúdo. **Resultados:** revelaram comportamentos de risco relacionados a fatores extrínsecos (arquitetônicos, mobiliários e equipamentos), fatores socioeconômicos (baixa renda e escolaridade, déficit suporte social e familiar) e fatores psicológicos (sentir-se vulnerável, dependente e não reconhecer-se em condição de risco). **Conclusão:** as quedas são resultado da complexa interação entre os fatores e comportamentos estudados, portanto uma adequada identificação destes podem subsidiar ações de intervenção individual e coletiva, assim como processos de planejamento de cuidado e gestão voltadas à saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS/MESH)

Idoso; pessoa idosa; acidentes por quedas; fatores de risco; atenção primária à saúde; promoção da saúde.

* Este artigo é derivado da tese de mestrado "Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária", apresentado ao Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-30052018-105526/pt-br.php>

Introducción

Las caídas tienen un alto impacto sobre la calidad de vida de las personas mayores (y, consecuentemente, sobre diversos sectores de la salud), debido a la obligada reducción de sus funciones diarias, hospitalización o institucionalización, y a sus altos costos. Los significativos índices de morbilidad que presentan demuestran la necesidad de crear políticas públicas y programas de prevención y rehabilitación (1). Por lo tanto, las caídas representan una gran importancia con respecto a la atención integral de las personas de edad avanzada y requieren la intervención de la enfermería como proveedor de educación en salud y participante fundamental del equipo de atención primaria y de la gestión de los cuidados ofrecidos (2, 3).

Las caídas son multifactoriales, pero, como lo constatan los estudios anteriores, las investigaciones poco retratan la influencia del comportamiento y de las actitudes de riesgo del mayor sobre las caídas (4, 5).

El comportamiento de riesgo abarca actitudes, tareas o actividades y hábitos que los adultos mayores adoptan y ejecutan, incluso ante posibles perjuicios, como la caída. Los factores de riesgo comportamentales se relacionan con acciones humanas, emociones o elecciones diarias que pueden modificarse (6). En las personas mayores, se establece un juicio sobre los comportamientos de riesgo, como su tendencia a continuar con sus actividades cotidianas, a pesar del peligro que ello implica. Esto, dada la dificultad de adaptarse a su nueva condición, acompañada por los cambios propios de la edad y un déficit del desempeño sensorial y motor (7).

Los comportamientos de riesgo incluyen actividades inadecuadas, como bajar escaleras con una carga pesada; movimientos motores inseguros; movimientos rápidos (como caminar, levantarse o cambiar de postura a un ritmo acelerado) o bruscos (como girar la cabeza o el tronco bruscamente hacia atrás); sedentarismo; exposición y actividades en superficies resbaladizas o desniveladas, y a lugares poco iluminados; bañarse sin barras de apoyo; uso de zapatos inadecuados (con suelas deslizantes, tacones altos, sandalias abiertas sin fijación [como velcro o hebilla] y suelas muy gruesas); uso inadecuado de artefactos auxiliares de movilidad, como el caminador; uso de muebles para alcanzar objetos fuera del alcance, como banquitos; caminar en áreas de tráfico pesado; no pedir ayuda; uso de alcohol y tabaco, polifarmacia o automedicación (4, 5).

En la esfera de la atención primaria, los agentes comunitarios de salud (ACS) están cotidianamente en contacto con adultos mayores de la comunidad. Aquellos realizan acciones de promoción de la salud y prevención de agravios (individuales y colectivos). La implementación de los subsidios que apoyan las prácticas de los ACS para potenciar sus acciones junto a la población se encuentra en la literatura (8).

Por lo tanto, la búsqueda abordó el comportamiento de riesgo en personas mayores para subvencionar acciones de prevención de caídas. Así, el objetivo del artículo fue identificar los comportamientos de riesgo para caídas de los adultos mayores descritos por los ACS y sus factores relacionados.

Material y método

Se realizó una investigación cualitativa, que se define por su naturaleza de revelar características humanas que serían arduas con metodologías cuantitativas. Esencialmente, permite, de manera interactiva, investigar, explicar, analizar y dilucidar lo humano y sus relaciones, constituidas por estructuras reales de inmaterialidad y abstracción, como la fe, creencias, valores, hábitos, actitudes y costumbres (9).

Las diferentes corrientes paradigmáticas organizan los fundamentos teóricos según la visión del mundo, los principios, las convicciones metodológicas y las aplicaciones conceptuales, para explicar los procedimientos en la construcción de la investigación y orientar el proceso de interpretación, con el fin de aclarar la investigación cualitativa con rigor y fiabilidad (10).

Para privilegiar las observaciones, explicaciones y percepciones desde el punto de vista de los sujetos del universo en el que se producen, se utilizó el método dialéctico. Con este, se propone comprender la relación constitutiva entre el fenómeno y el conjunto, a partir de la experiencia concreta. La objetividad, que mediante el uso meticuloso del método permite una mayor aproximación al objeto de estudio, ayuda a comprender la interacción sujeto-objeto en un contexto sociohistórico. La comprensión puede profundizarse a través de la discusión guiada por un ojo crítico, la comparación con el conocimiento científico y la exposición de subjetividades, como las relaciones entre los sujetos y la cultura, la historia personal y la material (es decir, la residencia, el mobiliario y todos aquellos objetos que hacen parte de la historia de la persona mayor). De esta manera, la objetivación describe el

problema antes de sus determinaciones y transformaciones por parte del actor social (11).

A veces, la esencia que constituyen los comportamientos de riesgo y las caídas no es evaluada ni identificada por el equipo de salud. Al valorar los elementos que los determinan, buscamos comprender, a través de los sujetos implicados en su contexto, las contradicciones, lo subjetivo y lo objetivo del método dialéctico.

Los ACS, como actores sociales, participan en el fenómeno a través de la interacción diaria, la inserción en los lugares donde se producen las dinámicas sociales (como los espacios domésticos y comunitarios), el vínculo y la confianza establecida con las personas mayores y la familia (12). Dicho esto, la investigación con los trabajadores en el escenario de los adultos mayores, que experimentan el evento de la caída desde el punto de vista de la salud, se hace indispensable y justificada.

La investigación se realizó en un municipio del Estado de São Paulo. La unidad de salud elegida para el estudio está ubicada en un barrio tradicional y es reconocida por atender una gran parte de la población de edad avanzada. Esta trabaja desde la perspectiva de la *estrategia de salud de la familia* y tiene un equipo multiprofesional para acompañar a las familias.

Se utilizó la técnica del grupo focal (GF) para recolectar los datos. Este método de captación de la interacción entre los participantes se ha destacado por la accesibilidad de ejecución que brinda y por la libre expresión de las experiencias de unos pocos participantes, a través de conversaciones sin interferencias ni prejuicios por parte del investigador (13).

La propuesta de participación de los ACS fue del gerente de la unidad de salud, al observar el criterio de inclusión de tener más de tres años de experiencia en el monitoreo de adultos mayores en la estrategia de salud familiar. La invitación fue hecha personalmente por el investigador principal, quien subrayó la total libertad para decidir participar en el estudio. No hubo rechazos.

En octubre de 2017, se realizó un encuentro del grupo focal de 90 minutos con 5 participantes, en la sala de reuniones de la unidad de salud, espacio que ofreció privacidad e interacción en mesa redonda. Fue coordinado por un investigador con doctorado y con dominio de la técnica y del campo de conocimiento en el cuidado de la salud de los adultos mayores, apoyado por una de las autoras previamente entrenadas.

Se utilizó un guion con preguntas orientadoras, como: “¿Hay muchos adultos mayores que sufren caídas en su área?; ¿Cómo identifica los riesgos para caer?; ¿Cuáles son sus acciones en la prevención de caídas en los mayores?; Reporte los riesgos de caídas percibidos y cómo manejó la situación”. El guion semiestructurado permitió discutir las preguntas genéricas en profundidad, mientras se abordaba el tema.

El ambiente de discusión se favoreció por la interacción previa entre los ACS y la libertad de expresión entre ellos. El coordinador del GF era una persona muy conocida de los ACS porque ya se habían desarrollado investigaciones y actividades de promoción de la salud en esa unidad. El grupo de discusión se cerró cuando los ACS consideraron que no había más aspectos por añadir.

El registro se hizo a través de un diario de campo. El coordinador y auxiliar grabó el proceso con una grabadora digital, y la auxiliar anotó impresiones, conversaciones informales, detalles sobre la comunicación no verbal y otros aspectos del entorno en un cuaderno. Ambos transcribieron el material por medio del *software* Microsoft Office Word®.

Los discursos de los participantes se identificaron por la secuencia A1, y así sucesivamente.

El análisis temático del contenido del grupo focal se dividió en tres etapas: pre-análisis, exploración del material e interpretación de los resultados. El *pre-análisis* comprendió una lectura superficial de los datos, a fin de familiarizarse con ellos. En la etapa de *exploración del material*, se extrajeron las unidades de significancia, sintetizadas por frases y diferenciadas según sus elementos esenciales. En la *interpretación de los resultados*, se agregaron las unidades según su similitud y pertinencia, clasificadas en categorías temáticas. Estas se compararon y basaron en estudios actuales, bajo las referencias “caídas de mayores”, “factores relacionados” y “ejemplos de comportamientos de riesgo percibidos” (14).

La triangulación múltiple permitió validar los datos. Las comprobaciones externas, mediante evaluaciones independientes por diferentes personas idóneas en el área, como doctores (PhD) en Enfermería, y en el ámbito de la investigación y el conocimiento del método cualitativo, redujeron la posibilidad de sesgo debido a interpretaciones erróneas. Además, la triangulación de los datos se refiere a los mismos elementos encontrados y descritos

por las investigaciones internacionales y nacionales en diferentes contextos y condiciones de las poblaciones de edad, lo que permitió generalizar los resultados (15).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAAE: 68815317.3.0000.5393 y observó las normas establecidas en la Resolución 466/2012 del Conselho Nacional de Saúde (Brasil).

Para dar fiabilidad y rigor a la investigación, este estudio se basó en las directrices para la evaluación crítica de la investigación cualitativa (COREQ). La investigación y los resultados se realizaron tras la firma del *Término de consentimiento libre e informado* de cada uno de los entrevistados.

Resultado y discusión

Los participantes proporcionaron información básica que permitió caracterizar mejor a los sujetos (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los participantes del grupo focal

Característica	Descriptor	Porcentaje/variación
Sexo	Femenino	100%
Edad	Años	38-56 años
Ocupación en la unidad	Agente comunitario	100%
Tiempo de actuación en el cargo	Años	5-17 años
Educación	Enseñanza media Superior incompleto	80% 20%
Formación en Geriátría	Formación/capacidad	100%

Fuente: tabla extraída de la tesis de maestría base de este artículo, Fonseca (16).

En cuanto a la formación en el área de Geriátría, todos los ACS refirieron haber participado de la capacitación brindada por la propia unidad. Los cursos fueron sobre sexualidad, caídas, vulnerabilidad y violencia, entre otros temas.

El análisis de contenido permitió relacionar el discurso de los participantes, que se agruparon por categorías de comprensión, con la aproximación a los factores relacionados con las caídas descritos en la literatura científica. Según esto, entonces, los factores de riesgo son extrínsecos, socioeconómicos y psicológicos.

Factores extrínsecos

Los ACS relataron situaciones diversas que caracterizan los comportamientos de los adultos mayores, como en el ejemplo siguiente:

“Ella tiene 68 años, [...] cayó feo tropezando sobre la mesita de noche, en la noche, yendo al baño en la oscuridad [...]. Ahora tiene miedo de caminar en la calle, [...] se siente prisionera dentro de casa”. (A3)

En el registro anterior, se muestra el comportamiento de riesgo (ir al baño en la oscuridad), el factor de riesgo extrínseco (mesita de noche en el camino) y la consecuencia de la caída (miedo a la caída y aislamiento social).

Los factores de riesgo extrínsecos descritos en la literatura son ambientes con mala iluminación; alfombras sueltas o con pliegues; bordes de alfombras, principalmente dobladas; pisos resbaladizos —como los encerados— o mal conservados; ambientes desorganizados; muebles bajos u objetos dejados en el suelo, como zapatos, ropa, hilos, juguetes, basuras y escombros, entre otros; muebles inestables o deslizantes; escalones altos o irregulares; escaleras con un piso muy diseñado, que dificulta la visualización de cada escalón; escalones sin señalización de terminación; presencia de animales, barras de apoyo, sillas, camas y asientos de altura inadecuada; sillas sin brazos; uso de zapatillas, zapatos desatados, o mal ajustados, o con solado resbaladizo; escaleras con iluminación frontal (17-19).

Estos factores están especialmente relacionados con la residencia; son predisponentes y son los más prevalentes. Están presentes en el 30-50 % del acontecimiento de la caída. Otro estudio muestra que el 65 % de las caídas ocurren en el domicilio y en un ambiente inadecuado (5, 17, 20). La investigación realizada en Ribeirão Preto, São Paulo, cita que, acerca de los lugares de ocurrencia de caídas, el 65 % ocurrieron en un ambiente domiciliar y el 15 %, en vías públicas (21). De esta manera, se puede afirmar que la mayoría de las caídas ocurre en casa o en las áreas externas al domicilio, durante actividades rutinarias del día a día.

Los ACS presentan comportamientos de riesgo en personas mayores, como el uso de muebles para realizar actividades y el uso de calzados inadecuados:

“Subió sobre el banquillo y fue a recoger unos papeles. Mientras subía, se fue a coger del armario, y el maletero se le vino y le cayó por encima”. (A2)

“...esa chancla no es buena para la señora. Porque varias veces voy allí y ella tiene la misma chancla”. (A3)

Muchas caídas ocurren en el intento de evitar los obstáculos o en lugares donde el ambiente exige cierta habilidad física (22). También se destaca que hay una dinámica entre las condiciones ambientales y el comportamiento individual. Una caída es fruto de la interacción compleja entre el conjunto de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos involucrados, pero no es posible determinar la influencia precisa de cada factor. Solo se puede afirmar que el riesgo de caídas aumenta linealmente con el número de factores de riesgo asociados. Aunque aquellos de naturaleza intrínseca, a menudo, se refieren al proceso de envejecimiento, la intervención sobre los factores que pueden estar relacionados con las caídas, como los extrínsecos, pueden obtener resultados efectivos en la reducción de la incidencia o minimizar la gravedad de las caídas (23).

Factores socioeconómicos

En esta categoría, se agruparon las declaraciones de los ACS relacionadas con los factores socioeconómicos: baja escolaridad, bajos ingresos, déficit en el acceso a servicios sociales y de salud, falta de interacción social y comunicación, vivienda inadecuada o en áreas rurales, vivir solo (24, 25).

Los siguientes registros presentan una dificultad financiera como elemento desencadenante del comportamiento de riesgo y la falta de condiciones ambientales adecuadas:

“No deja la luz encendida porque cree que gasta mucho”. (A1)

“Muchos conseguimos que coloquen la barra de apoyo para ayudar a darse la vuelta. Unos no consiguen o no tienen condición financiera... la cuestión es muy financiera, a veces de la familia”. (A3)

Muy evidente en el panorama general señalado por los ACS fue la falta de apoyo social o familiar enfrentado por los mayores en la comunidad.

“Como la mayoría de los agentes, en el área encontramos bastantes adultos mayores. He encontrado bastantes adultos mayores que viven solos, y algunos que no tienen ningún apoyo de la familia”. (A3)

“Hay adultos mayores que piden mucha ayuda, pero no la obtienen de ningún lugar”. (A1)

Para el adulto mayor, la calidad de las relaciones interpersonales y las dificultades emocionales y psicológicas (como la depresión o la soledad) son tan significativas como las condiciones físicas de salud. La literatura apunta a la correlación entre el respaldo social y el estado general de salud de los adultos mayores, y a la capacidad de promover o mantener emocional y funcionalmente el estado mental y físico de aquellos (26). El apoyo social, principalmente familiar, es capaz de proveer apoyo instrumental para auxiliar las actividades diarias; soporte de evaluación o ayuda en las decisiones o resolución de problemas; asesoramiento y soporte emocional, como cariño, afecto, comprensión y reconocimiento (25). El apoyo social también incentiva a los adultos mayores a adoptar actitudes protectoras (27, 28).

Cuando se analiza la naturaleza del comportamiento de riesgo, muchas veces se observa que el adulto mayor asume tal comportamiento porque no tiene alternativas. Sin ayuda disponible, desempeña la tarea, independientemente de los riesgos.

“Tuvo que ir por algo que estaba al otro lado de la calle. Al cruzar, tropezó con la acera y se cayó”. (A1)

El equipo de salud debe evaluar las actividades que el adulto mayor desempeña. La jardinería, por ejemplo, puede considerarse esencial para el adulto mayor, mientras que para los profesionales de la salud puede ser opcional (29).

Factores psicológicos

Aquí están incluidas las razones o justificaciones del adulto mayor para asumir un riesgo. Los ACS relacionan dichas razones con la dificultad de aquel para aceptar su vulnerabilidad.

“Creo que el adulto mayor no quiere ser visto como incapaz. Incluso, sabe de sus limitaciones, pero no quiere mostrar... que él... no puede. ‘No quiero que nadie haga nada por mí, aún quiero hacerlo’”. (A5)

El comportamiento de riesgo refleja que los adultos mayores no ven la caída como relevante para no sentirse vulnerables. Por esto, al hacer tareas o actividades, no toman las debidas medidas de precaución por temor a ser tachados de viejos o frágiles. Un ejemplo claro es su preocupación por lo que piensen de su apariencia en público, y esto, en consecuencia, hace que quieran caminar sin usar los aditamentos requeridos, aunque esto represente un riesgo. Cualquier restricción de las actividades cotidianas trae sentimientos de frustración y de pérdida y disminución de la independencia. Muchas personas mayores, por estos motivos, se vuelven ansiosos y renuentes cuando hay conversaciones o discusiones sobre las caídas. Es común entre los adultos mayores el deseo de probar sus propios límites físicos; se resisten a reconocer las limitaciones y a entender los cambios de su cuerpo. Muchos adultos mayores no reconocen los propios niveles de riesgo de caída (24, 28, 30).

“Entonces, se preocupan mucho por el qué dirán, por lo que van a pensar los otros...”. (A1)

“Pero ella no se tranquilizó [...], fue sola a recoger la cama base para llevarla al cuarto [...]. La cama cayó encima de ella. Ella fue hospitalizada unos días a causa de eso”. (A5)

Hay muchas precauciones que los adultos mayores pueden tomar para evitar caídas, sin requerir ajustes muy grandes en su comportamiento o en el ambiente doméstico. Las actividades diarias requieren, a menudo, ponderar entre el riesgo de caer y la capacidad de evitar la caída. De esta forma, debe haber un equilibrio entre el comportamiento de riesgo y la prevención, que es difícil para muchos adultos mayores (22, 31).

Otra situación comúnmente escuchada en el día a día de los profesionales de la salud es la dificultad de los adultos mayores para solicitar ayuda a otros, por la sensación de dependencia o de incomodidad que ello implica.

“Y una cosa que escucho decir a los adultos mayores: ‘Yo no quiero dar trabajo [o molestar] a nadie’ [para que lo cuiden]”. (A1)

“Es como que ellas... la hija viene todos los días, y ella se siente como si fuera una carga para la hija. Y ahí, ella llora”. (A4)

El sentimiento de ser una carga para la familia proviene de los cambios en las composiciones y atributos tradicionales de las relaciones y los deberes familiares, los cuales influyen en los cui-

dados ofrecidos a los adultos mayores y en la disposición de estos a comprometerse con su autocuidado (25).

Muchos adultos mayores no son conscientes de las consecuencias ni del peligro que sus comportamientos de riesgo involucran (24, 32).

“El cuerpo ya no es lo mismo... ellos creen que todavía da... que no tiene limitaciones. Ahí, ellos se levantan de una vez y tienen mareos”. (A4)

“Y en una visita de esas, conversaron e iniciaron a hablar sobre el riesgo de las alfombras. [...] De ahí en adelante, en las otras visitas, yo observaba que no tenía más”. (A4)

A veces, el comportamiento de riesgo forma parte del proceso de rehabilitación y adaptación al estado de independencia o aclaración al adulto mayor de sus reales limitaciones (29).

Los discursos descritos y analizados muestran que los riesgos conductuales de los adultos mayores pueden caracterizarse como una deficiencia de su autocuidado, desconocimiento de los riesgos ambientales y de sus limitaciones, o falta de apoyo e interacción social. También muestran cómo las caídas afectan el sentido de identidad de quienes las sufren, a lo cual se suma el prejuicio despectivo sobre la edad avanzada. Así, la aceptación del riesgo pasa por el miedo a la vulnerabilidad, a la pérdida de la independencia y a la finitud de la vida (31, 33).

Los factores presentados permiten entender que son prevenibles, como el comportamiento de riesgo. La orientación del modelo de atención y de recursos debería centrarse en las intervenciones de rehabilitación intersectorial temprana, en la reducción de los daños causados por las comorbilidades, en el estilo y la calidad de vida de las personas mayores y en su capacidad funcional. Además, desde la perspectiva de los ACS, los elementos que cruzan los aspectos psicosociales, que se encuentran en la vida cotidiana, adquieren una gran proporción en la génesis de las caídas. En otras palabras, para los ACS, los factores descritos que forman los comportamientos de riesgo son puntos clave para la prevención de caídas porque forman parte de la experiencia diaria de los mayores (3, 34).

Utilizando su principal instrumento de trabajo —las visitas domiciliarias—, los ACS pueden ampliar su observación, propor-

cionar información, interpretar y reflexionar sobre las vulnerabilidades, las ausencias y las dinámicas familiares y sociales que no sería posible verificar de manera superficial mediante consultas biomédicas (12). Este es el núcleo del papel de los ACS, en el que contribuyen a la promoción de la salud mediante la identificación de los determinantes que actúan sobre la incidencia de las caídas, el proceso salud-enfermedad, la reestructuración de la atención y la reorientación del trabajo multiprofesional (35).

Con respecto a las caídas, la tarea de los ACS es fortalecer la comprensión de las personas mayores y de sus familias sobre los factores extrínsecos de las residencias y el entorno, el cuidado de la movilidad urbana, la necesidad de acompañamiento regular por parte de profesionales de la salud la importancia del ejercicio físico y las actividades de recreación para mantenerse activos. También cabe señalar las actividades de vigilancia, el registro de las caídas de los adultos mayores más vulnerables y la presentación de informes al equipo de salud (36).

Para que esto sea posible, los ACS cuentan con el apoyo y la supervisión del enfermero como gestor del cuidado. Cabe resaltar que una atención integral a los adultos mayores es factible solo cuando hay un acercamiento a la realidad diaria de cada individuo, sus hábitos y sus problemas (12).

De esta manera, el enfermero debe tener conocimientos en el área gerontológica para actualizarse, así como para entrenar al equipo de salud y educar a sus pacientes. En lo que respecta a los ACS, el enfermero es responsable de su formación, calificación con conocimientos técnicos y perfeccionamiento de aquellos (37).

Es muy importante que el enfermero reconozca a los ACS como mediadores entre el servicio de salud y la comunidad. Se recomienda que estos participen activamente en la educación en salud, sea en visitas domiciliarias o con el equipo en actividades como conferencias, talleres o rondas de conversaciones. De esta manera, la atención primaria desarrolla una educación permanente que permite escuchar y compartir información para consolidar el vínculo entre el equipo, la adecuación del lenguaje y el uso de métodos de enseñanzas creativas, eficaces y transformadoras (38).

Por consiguiente, la atención primaria proporciona al adulto mayor un carácter activo, propio de un individuo que elige adoptar comportamientos protectores y reflexiona sobre los elemen-

tos multidimensionales que pueden causarle una caída o posibles enfermedades (37).

Consideraciones finales

El estudio permitió analizar, junto a los ACS, los comportamientos de riesgo de las personas mayores y los factores asociados a dichos comportamientos. Los ACS identificaron factores extrínsecos, socioeconómicos y psicológicos, cuya interacción produce comportamientos de riesgo y consecuentes caídas.

Los factores identificados constituyen conocimiento que puede subvencionar procesos de educación en salud para la prevención de caídas en adultos mayores, elementos por considerar en la planificación de acciones colectivas de cuidado y de gestión en salud, así como una concientización de los profesionales de atención primaria en salud para prevenir las caídas de forma eficaz.

Limitaciones

La principal limitación del este estudio fue trabajar con la percepción y las vivencias de los ACS de apenas una unidad de salud de la familia respectiva a un municipio, pues esto presenta un sesgo en la investigación y, por ende, unos resultados parciales.

Con base en la devolución del estudio a los participantes, se sugiere para futuras investigaciones evaluar programas para prevenir caídas en los adultos mayores que contemplen los comportamientos de riesgo y programas de educación para la salud que aborden los factores extrínsecos, fortalezcan la red de apoyo social y trabajen en los aspectos psicológicos de los mayores en relación con el envejecimiento (sentimientos, creencias, hábitos, entre otros).

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos al responsable de la unidad de salud investigada, al coordinador para el grupo focal y a los ACS participantes de la investigación, por su apoyo y colaboración.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Referencias

1. Rhyn B, Barwick A. health practitioners' perceptions of falls and fall prevention in older people: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*. 2018;29(1):69-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732318805753>
2. Frith KH, Hunter AN, Coffey SS, Khan Z. A longitudinal fall prevention study for older adults. *The journal for nurse practitioners*. 2019;15:295-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.10.012>
3. Santos JC, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Pereira EP, Alves MS, Loures FB. Social representation of elderly people on falls: Structural analysis and in the light of Neuman. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl. 2):851-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0258>
4. Duru P, Özlem Ö, Ünsal A, Balci-Alparslan G. The frequency of falling elderly and evaluation of the behavioral factors related to preventing the falls. *Journal of Duzce University Health Sciences*. 2016;6(1):34-40. Disponible en: <http://www.sbedergi.duzce.edu.tr/article/viewFile/5000137226/5000160009>
5. Bilik O, Damar HT, Karayurt O. Fall behaviors and risk factors among elderly patients with hip fractures. *Acta Paul. Enferm*. 2017 ag; 30:420-427. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700062>
6. Clemson L. Fall Risk Behavior. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer Science; 2013. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_879
7. Butler AA, Lord SR, Taylor JL, Fitzpatrick RC. Ability versus hazard: Risk-taking and falls in older people. *The Journals of Gerontology*. 2015 may. 70(5 serie A):628-634. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/gerona/glu201>
8. Silva DM, Silva MAC, Oliveira DS, Alves M. Cotidiano de agentes comunitários de saúde com idosos segundo o referencial de Certeau. *Cogitare enferm*. 2017 Out/dez; 22(4):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.50436>
9. Holanda A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica* 2006;24(3):363-372. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000300010&lng=pt&nrm=iso
10. Bruyne P, Herman J, Schoutthete M. *Dinamica da pesquisa em ciência sociais: Os pólos da prática metodológica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1991.
11. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação* 2018;40(40):139-153. Disponible en: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
12. Assis AS, Castro-Silva CRC. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2018;28(3), e280308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280308>
13. Kinalski DDF, Pala CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: Experience report. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):424-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
14. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva [online]* 2020;25(2):655-664. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
16. Fonseca RFMR. *Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária [dissertação]*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/D.22.2018.tde-30052018-105526>
17. Silva WFLT, et al. Fall determinants and associated factors in older people. *International Journal of Sports Science* 2016;6(4):146-152. Disponible en: <http://article.sapub.org/10.5923.j.sports.20160604.03.html>
18. Labrador DC, Miranda GLH, Corral LEF, Bazart NO. Factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del Policlínico Universitario Hermanos Cruz. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2016 ene.-feb. 20(1):40-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100011&lng=es
19. Menz HB, Auhl M, Munteanu SE. Effects of indoor footwear on balance and gait patterns in community-dwelling older women. *Gerontology* 2017;63:129-136. DOI: <https://doi.org/10.1159/000448892>

20. Pitchai P, Dedhia HB, Bhandari N, Krishnan D, D'Souza NR, Bellara JM. Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population: A descriptive study. *Indian J Public Health*. 2019;63:21-6. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_332_17
21. Vicentive FB, Ferreira JBB, Vinhati DS. Entre a gestão e o cuidado da saúde do idoso: enfoque no evento quedas. *Medicina Ribeirão Preto Online*. 2016;49(5):411-420. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i5p411-420>
22. Leite NS, Kanikadan OS. Estudo bibliográfico sobre prevenção de quedas em idosos no universo da atenção básica. *South American Journal of Basic Education Technical and Technological*. 2016;3(2):167-182. Disponible en: <https://periodicos.ufac.br/revista/index.php/SAJEBTT/article/view/611/0>
23. Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA. Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. *The Medical Clinics of North America*. 2015;99(2):281-293. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.004>
24. Loganathan A, Ng CJ, Low WY. Views and experiences of Malaysian older persons about falls and their prevention: A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2016 my. 16:97. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0274-6>
25. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - Resumo [serial online]. 2015. Disponible en: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
26. Pereira MCA, Santos LFS, Moura TNB, Pereira LCA, Landim MBP. Contribuições Da Socialização E Das Políticas Públicas Para A Promoção Do Envelhecimento Saudável: Uma Revisão De Literatura. *Rev Bras Promoç Saúde Fortaleza*. 2016 ene.-mzo.; 29(1):124-131. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4422>
27. Durbin L, Kharrazi RJ, Graber R, Mielenz TJ. Social support and older adult falls. *Inj. Epidemiol*. 2016;3(1):4. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40621-016-0070-y>
28. Finnegan S, Bruce J, Seers K. What enables older people to continue with their falls prevention exercises? A qualitative systematic review. *BMJ Open*. 2019; 9:e026074. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026074>
29. Haines TP, Lee DA, O'Connell B, Mcdermott F, Hoffmann T. Why do hospitalized older adults take risks that may lead to falls? *Health Expectations. International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 2015;18(2): 233-249. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12026>
30. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016 nov. 21(11):3565-3574. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>
31. Pohl P, Sandlund M, Ahlgren C, Bergvall-Karenborn B, Lundin-Olsson L, Wikman AM. Fall risk awareness and safety precautions taken by older community-dwelling women and men: A qualitative study using focus group discussions. *PLoS One*. 2015 mzo.; 10(3):e0119630. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119630>
32. Hill AM, Francis-Coad J, Haines TP, Waldron N, Etherton-Beer C, Flicker L, et al. "My independent streak may get in the way": How older adults respond to falls prevention education in hospital. *BMJ Open*. 2016;6(7):e012363. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012363>
33. Gardiner S, Glogowska M, Stoddart C, DPhil SP, Lasserson D, Jackson D. Older people's experiences of falling and perceived risk of falls in the community: A narrative synthesis of qualitative research. *International Journal of Older People Nursing* 2017;12(4):12151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12151>
34. Gomes FA, Camacho ACLF. O idoso e a mobilidade urbana: uma abordagem reflexiva para a enfermagem. *Rev de Enferm UFPE online* 2017;11(12):5066-73. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23068p5066-5073-2017>
35. Ribeiro GRMS, Graça BC, Nascimento VF, Hattori TY, Gleriano JS, Terças-Trettel ACP. Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR* 2018; 22(3):179-185. Disponible en: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i3.2018.6559>
36. Miranda DP, Santos TD, Espírito Santo FH, Chibante CLP, Barreto EA. Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual* 2017; Edição Especial:120-129. Disponible en: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/download/560/531>
37. Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, Melo KM, Freitas RWJF. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2019;72(Suppl. 1): 266-273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
38. Pinto CJM, Assis VG, Pecci RN. Educação nas unidades de atenção básica: dificuldades e facilidades. *Rev Enferm UFPE online* 2019;13(5):1429-36. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024531>