



INTER
FACES
CIENTÍFICAS

HUMANAS E SOCIAIS

ISSN IMPRESSO 2316-3348

E-ISSN 2316-3801

DOI - 10.17564/2316-3801.2019v7n3p93-102

IDOSOS HOSPITALIZADOS POR FRATURAS: UM OLHAR SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR E OS ASPECTOS SOCIAIS

ELDERLY HOSPITALIZED BY FRACTURES: A LOOK ON THE FAMILY STRUCTURE AND SOCIAL ASPECTS

ANCIANOS HOSPITALIZADOS POR FRACTURAS: UNA MIRADA SOBRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y ASPECTOS SOCIALES

Maria Florência dos Santos¹
Suely Souza Duarte³

Vivia Santos Santana²
Shirleide Araújo Bezerra⁴

RESUMO

A população idosa cresce significativamente e, por ser a família a principal instituição responsável por cuidar de seus membros, a pessoa idosa passa a maior parte do seu tempo convivendo com seus familiares. Assim, procurou-se identificar as principais causas sociais e culturais que podem provocar quedas nas pessoas idosas admitidos em um hospital filantrópico, verificando para tanto a estrutura familiar e a relação existente com os fatores direcionados à queda. A metodologia utilizada teve base na pesquisa bibliográfica e na aplicação de questionário estruturado. Além disso, o trabalho se caracteriza por ter uma natureza descritiva e exploratória, sendo ainda de caráter quantitativo e qualitativo. Diante do exposto, torna-se perceptível como resultado que as

pessoas idosas acometidas de quedas, principalmente do sexo feminino, residem com familiares (em sua maioria), ou em alguns casos moram com amigos. O principal local de queda é na própria residência. As famílias são a principal fonte de cuidados das pessoas idosas, sejam estas dependentes ou não; no entanto, elas necessitam de maior orientação para a prestação de cuidados. É necessária uma avaliação socioeconômica da família e da pessoa idosa, de modo que seja possível oferecer subsídios para o planejamento das intervenções da equipe multiprofissional. Desse modo, o Estado estruturou uma rede de suporte para famílias que possuem pessoas idosas e podem necessitar de assistência. É necessário também mais pesquisas sobre a temática e sua divulga-

ção por meio de palestras socioeducativas, o que poderá contribuir para a prevenção e recuperação das pessoas idosas vítimas de quedas.

ABSTRACT

The elderly population is growing significantly, and for being the family the main institution responsible for taking care of its members, the elder spends most of his time living with their families. Thus, we tried to identify the main social and cultural causes that can lead to falls in elderly people hospitalized in a charity hospital, checking the family structure and the relationship with the factors targeted to fall. The methodology used was based on literature review and a structured questionnaire. In addition, the work is characterized by having a descriptive and exploratory nature, still being quantitative and qualitative. Given the above, it becomes noticeable which elderly people suffering falls, especially female, live with families (mostly), or in some cases live with friends. The main crash site is in their own homes. Families

RESUMEN

La población de ancianos está creciendo de manera significativa, y la familia por ser la principal institución responsable de cuidar de sus miembros, el anciano pasa la mayor parte de su tiempo viviendo con sus familias. Por lo tanto, se investigó las principales causas sociales y culturales que pueden llevar a caídas en los ancianos hospitalizados en un hospital filantrópico, tratando de comprender la estructura familiar y la relación con los factores vinculados a la caída. La metodología utilizada se basa en la revisión de la literatura y un cuestionario estructurado. Además, el trabajo se caracteriza por tener un carácter descriptivo, exploratorio, cuantitativo y cualitativo. Teniendo en cuenta lo anterior, se convierte en resultados visibles que las personas de edad avanzada que sufren caídas, principalmente mujeres, viven con sus familiares (en su mayoría), o en algunos casos viven con amigos. El principal sitio de caída es en sus propias

PALAVRAS-CHAVE

Famílias. Cuidador. Idosos. Quedas.

are the main source of care of older people, whether dependent or not; however, they require greater focus on care. A socio-economic assessment of the family and the elderly is required, so that it is possible to offer support for the planning of interventions of the multidisciplinary team. Thus, the State has structured a support network for families with elderly and may need assistance. It is also necessary to further research on the subject and its dissemination through social and educational lectures, which may contribute to the prevention and recovery of elderly victims of falls.

KEYWORDS

Families. Caregiver. Elderly. Falls

casas. Las familias son la fuente principal de la atención de las personas mayores, ya sea dependiente o no; sin embargo, requieren un mayor enfoque en la atención. Se requiere una evaluación socio-económica de la familia y las personas mayores, por lo que sea posible ofrecer apoyo a la planificación de las intervenciones del equipo de salud. Por lo tanto, el Estado se ha estructurado una red de apoyo para las familias con personas mayores y pueden necesitar ayuda. También es necesario seguir investigando sobre el tema y su difusión a través de conferencias sociales y educativas, que pueden contribuir a la prevención y recuperación de las víctimas de caídas.

PALABRAS CLAVE

Famílias. Cuidador. Ancianos. Caída.

1 INTRODUÇÃO

A família é uma instituição social e histórica, por isso atravessa diversas formas de configurações que variam de acordo com as transformações econômicas, desenvolvimento tecnológico, exigências do mercado de trabalho e do sistema capitalista. O seio familiar é o local primário onde o ser humano inicia seu processo de desenvolvimento, suas primeiras formas de socialização, interação, convívio, respeito, afetividade, entre outros. Depois desta, vem a escola, a igreja e outros grupos sociais em que o indivíduo começa a ser inserido ao longo da vida. Na velhice o indivíduo também passa a maior parte do seu tempo em convívio de familiares ou sozinho. Nesta fase da vida, naturalmente ele necessita de atenção, valorização, ainda de cuidados, a depender da sua condição de saúde, voltando a necessitar mais da proteção da família.

Nas sociedades pré-industriais a pessoa idosa era cuidada pelos familiares e nas sociedades industrializadas o Estado passa também a ser responsável pelo cuidado com esta população (TEIXEIRA, 2008). Isto ocorreu devido às mudanças sociais, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a falta de convivência entre os membros da família, devido às questões trabalhistas e à conquista de direitos sociais da pessoa idosa.

Na sociedade contemporânea muitos são os desafios enfrentados por esta população idosa. Podemos destacar mudança de status social com a aposentadoria, pensões e benefícios assistenciais⁵, além da mudança de papel exercido pela pessoa idosa no ambiente familiar, como a perda de poder, a desvalorização, tudo isto devido a não ser mais considerada produtiva e estar fora do mercado de trabalho, uma vez que nossa sociedade capitalista visa a produção de lucros e não se importa em valorizar aqueles que já contribuíram para o desenvolvimento social. Além disto, a pessoa idosa enfrenta transformações biológicas, que ocorrem no seu organismo, como por exemplo,

[...] Alterações morfofisiológicas que, paulatinamente,

modificam o organismo do indivíduo tornando-o mais sujeito a eventos traumáticos. Entre as alterações mais significativas pode-se relacionar: a diminuição da amplitude dos movimentos, redução da massa óssea, diminuição da massa muscular e diminuição das respostas neurológicas. (FREITAS *et al.*, 2014, p. 72).

Portanto, o processo de envelhecimento afeta os aspectos sociais, físicos e até mentais da pessoa idosa, a qual poderá ficar mais suscetível, por exemplo, ao acometimento de quedas, que pode ser definida como “um deslocamento não intencional de um corpo da posição inicial para um nível inferior” (FREITAS *et al.*, 2014, p. 72), causando eventualmente diversos danos para a pessoa idosa e para seus familiares. Assim, o presente trabalho tem por finalidade identificar as principais causas sociais e culturais que podem provocar quedas nas pessoas idosas, com base na pesquisa de pacientes/usuários⁶ admitidos num hospital filantrópico, verificando a estrutura familiar e a relação existente com os fatores direcionados à queda.

Durante o desenvolvimento da pesquisa foram entrevistadas 100 pessoas idosas, com idade a partir de 60 anos de idade ou mais, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e admitidos num Hospital Filantrópico da cidade Aracaju/Sergipe no segundo semestre de 2014. Todos estavam hospitalizados na enfermaria ortopédica e na Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI) e após orientados e informados sobre os objetivos da pesquisa aceitaram participar do trabalho, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em caso de inconsciência ou desorientação da pessoa idosa, os familiares presentes puderam assinar o termo e responder o questionário aplicado pelo pesquisador. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não foram admitidos por quedas e que não tinha a partir de 60 anos de idade.

O trabalho de pesquisa atendeu aos critérios éticos previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, (MI-

⁵ Benefício de Prestação Continuada – BPC (BRASIL, 1993).

⁶ O termo “paciente” é usado pela maioria dos profissionais da área da saúde. Já o termo “usuário” é usado pelos assistentes sociais (não apenas da área da saúde), pois entende-se que usuário é a pessoa que usa os serviços prestados por este profissional.

NISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes e aprovado com o parecer de número: 897.665, além disso, para complementar as informações, também foram levantadas informações bibliográficas em livros, teses, dissertações, revistas, na legislação vigente referente à temática, entre outros.

2 A FAMÍLIA E A VELHICE

A família não é uma instituição fácil de definir, pois podem coexistir diversos tipos em uma mesma época. Assim, vamos realizar uma análise de alguns conceitos, além de discutir o processo de envelhecimento, uma vez que é necessário compreender os diversos tipos de famílias existentes para pensar a pessoa idosa dentro desta instituição social e poder contribuir para a formulação de estratégias no tratamento da questão social⁷ relacionada à temática aqui abordada.

Segundo Carvalho (2000, p. 17) “as famílias se alteram, mas não perderam a sua potencial condição de assegurar a socialização, a criação de vínculos relacionais, a proteção e a inclusão social de seus membros”. Dessa forma, percebe-se que mesmo atravessando transformações, a família permanece como a instituição social responsável pelo cuidado de seus membros, embora muitas vezes passe a não conseguir sozinha e necessite das políticas sociais para suprir as necessidades de produção e reprodução de seus membros e/ou para fortalecimento de vínculos, entre outras. Assim, a família,

[...] produz cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor a qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. No entanto, estas expectativas são possibilidades, e não garantias. A família vive num dado contexto que pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades. (CARVALHO, 2000, p. 15).

⁷ “[...] É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO, CARVALHO, 2014, p. 84).

Para subsidiar a família e seus conflitos, uma vez que não é uma instituição harmônica, foram criadas políticas públicas gerenciadas direta ou indiretamente pelo Estado, mas a instauração do neoliberalismo, as políticas tornaram-se mínimas, fragmentadas e com caráter imediatista, pois o Estado tornou-se mínimo para os direitos sociais e máximo para o capital.

Assim, percebe-se a necessidade de fortalecer para que possam atender a família e a pessoa idosa, pois ambos podem necessitar de alguma forma de assistência, uma vez que a rede existe, mas precisa ser fortalecida, visto que o “[...] Estado não implementou uma rede de suporte que atenda a contento a problemática decorrente do envelhecimento com dependência” (SANCHEZ, 2014, p. 71). Ressaltando que a família é a instituição primária, que muitas vezes para conseguir desempenhar seu papel social de cuidar dos membros precisa de orientação e até de benefícios sociais. Sobre as funções desempenhadas pelas famílias, Teixeira (2008, p. 63-64) afirma que,

As funções da família, estas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, a reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimentos de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. Pode-se dizer também que se trata de um espaço da reprodução da hierarquia, de autoridade, de dominação pela idade, sexo; logo, espaço de conflitos e relações de forças, de luta pelo poder.

A sociedade atribui funções à família e exige que ela as cumpra, mas nem sempre isto é possível devido às condições socioeconômicas e culturais, envolvendo níveis de escolaridade dos membros, condição financeira, crenças, relações intrafamiliares etc.. Estes aspectos tanto podem contribuir para que a família consiga garantir aos seus membros proteção, socialização, educação, orientação, cuidado, afeto, entre outros, assim como podem ser insuficientes, pois a depender do nível de instrução dos membros, por exemplo, em

relação aos cuidados com uma pessoa idosa acometida de problemas de saúde, a assistência com relação a qualidade de vida poderá ser deficitária.

O ambiente familiar também é espaço de disputas, conflitos, autoridade e poder. No caso de famílias constituídas por pais e filhos, os primeiros tendem a ser a autoridade da casa e a ter maior poder. Na velhice, quando a pessoa idosa passa a residir com os filhos, ela pode perder esse poder e essa autoridade, que será exercida pelos filhos, uma vez que agora serão estes que irão cuidar dos pais. Em pesquisa realizada por Teixeira (2008) com um grupo de idosos, notou-se que 54% eram o chefe do domicílio e sua renda provia as necessidades da família, e que recebiam dos filhos apoio efetivo. Neste caso, a pessoa idosa permanece como detentora de poder e autoridade. Percebe-se que esta realidade encontrada na referida pesquisa irá depender também das condições socioeconômicas e de saúde da pessoa idosa.

A realidade nem sempre é esta, pois pode ocorrer que “[...] o indivíduo idoso perde a posição de comando e decisão que estava acostumado a exercer e as relações entre pais e filhos modificam-se” (MENDES *et al.*, 2005, p. 425). A pessoa idosa pode não desenvolver mais todas as atividades da vida diária⁸ e ao residir com um filho, este tornar-se responsável, inclusive legalmente como, por exemplo, por meio de procuração, para resolver questões relacionadas ao recebimento de aposentadoria, pensão ou BPC, o que pode causar a mudança de papéis exercidos entre ambos. Ainda segundo Mendes e outros autores (2005), é o ambiente familiar que contribui na definição do comportamento da pessoa idosa, pois

Na família suficientemente sadia, onde se predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pes-

⁸ Atividades da vida diária (AVD), que por sua vez se dividem em: a) atividades básicas da vida diária- tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, etc., b) atividades instrumentais da vida diária- indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiros, etc., e c) atividades avançadas da vida diária- marcadoras de atos mais complexos e em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos etc. (CALDAS, 2003, p. 755).

soas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. Em famílias onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento dos limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos. Essas características promovem retrocesso na vida das pessoas. O idoso torna-se isolado socialmente e com medo de cometer erros e ser punido. (MENDES *et al.*, 2005, p. 425)

As relações estabelecidas entre os membros da família podem ser de afeto, companheirismo, acolhimento, mas também podem ser de conflitos e até de violência. Ainda segundo Mendes e outros autores (2005), pode ocorrer o excesso de zelo na relação da família para com a pessoa idosa, que também não é o certo, haja vista pode afetar a dinâmica familiar, consumindo tempo desnecessário do cuidador para realizar atividades que poderiam ser desenvolvidas pela própria pessoa idosa, ainda poderá acarretar perda de autonomia e independência desta. É necessário haver um equilíbrio neste cuidado para que não seja em excesso, nem escasso. A questão é: será que as famílias estão preparadas para cuidar, proteger e conviver com uma pessoa idosa?

A família é a principal responsável pelas pessoas idosas que necessitam de cuidado, mas o familiar/cuidador precisa de atenção e orientação de uma equipe interdisciplinar⁹ para aprender e/ou aperfeiçoar seus conhecimentos acerca de como lidar com a pessoa idosa temporária ou permanentemente dependente.

3 FAMÍLIA, QUEDAS E PESSOAS IDOSAS

Quando se fala no processo de envelhecimento, deve-se sempre lembrar que essa questão também pode ser definida, abordada e conceituada de diversas formas e maneiras. Isso porque a velhice é considerada como uma fase da vida em que se tem mais

⁹ A equipe deve avaliar as condições socioeconômicas da pessoa idosa, isto irá contribuir no planejamento das intervenções que serão realizadas pela equipe multiprofissional. Ações de orientação, treinamento, palestras socioeducativas também contribuem para prevenção e/ou recuperação em casos de quedas na pessoa idosa (SANCHEZ, 2014).

experiências e vivências, bem como a fase em que o corpo não tem mais tanta disposição, fato que está relacionado ao processo biológico, onde, como já mencionado anteriormente, tem-se a perda de algumas funcionalidades do organismo. Ademais, pode ser tida ainda como um processo psicológico e social. De acordo com (FREITAS *et al.*, 2014, p. 75):

[...] a idade biológica se refere ao envelhecimento de órgão e sistemas, que reduzem o seu funcionamento e a capacidade de autorregulação torna-se deficiente e precária. A idade social por sua vez refere-se ao papel que indivíduo exerce na sociedade, aos estatutos e hábitos, relacionados com a característica histórico-cultural de um país. A idade psicológica, no entanto, refere-se às competências comportamentais que o indivíduo pode mobilizar [...]

Assim, uma pessoa pode ser cronologicamente velha, mas ter o espírito de juventude, desenvolver um papel social ativo, ter uma velhice com qualidade, como também estar na velhice e não ter essa qualidade de vida e ser vulnerável a uma série de fatores que contribuem para um prognóstico patológico não tão favorável. Nesta perspectiva, a queda pode ser considerada um grande fator de risco para a pessoa idosa que se encontra vulnerável a fatores intrínsecos e extrínsecos, criando uma relação de preocupação para a família que não se encontra preparada para vivenciar tal situação. Pois segundo (FREITAS *et al.*, 2014), o fato de envelhecer pode trazer causas e/ou consequências de perda de emancipação, como dificuldades físicas e mentais, o que pode causar patologias crônicas, enfatizando as quedas.

A pesquisa realizada possibilitou traçar o perfil das pessoas idosas internadas num Hospital Filantrópico de Aracaju/SE que foram vítimas de quedas, admitidos no ano de 2014. Foi perceptível que das 100 pessoas idosas pesquisadas, a maioria é do sexo feminino: 68% mulheres e 32% homens. Isto pode estar relacionado com o fato de algumas mulheres idosas ainda desenvolverem atividades domésticas e se encontrarem mais vulneráveis e passíveis a quedas.

Em um estudo realizado por Freitas e outros autores em 2014, com 50 pessoas idosas atendidos em

dois hospitais públicos, foi possível verificar que a maioria que caiu era do sexo feminino. Tais quedas foram ocasionadas no próprio ambiente do lar (66%), isto relacionado a ambiente físico inadequado (54%), além de patologias neurológicas (14%) e cardiovasculares (10%). Porém este tipo de relação ainda precisa se investigada, melhor pesquisada e esclarecida, tendo em vista que estudos realizados com este propósito ainda são limitados. Como relata (MESCHIAL *et al.*, 2014), quatro estudos realizados mostraram entre os resultados obtidos que as mulheres sofrem mais quedas que os homens, no entanto não detalham em que circunstâncias são comprovadas.

Tabela 1 – Perfil das pessoas idosas vítimas de quedas

Idade	60 – 69	70 – 79	80-89
	22%	31%	35%
Endereço	Capital	Interior do Estado	
	23%	77%	
Estado Civil	Solteiros	Casados	Viúvos
	9%	32%	46%
Escolaridade	Fundamental Incompleto	Não alfabetizados	
	35%	49%	
Ocupação em que trabalha	Lavrador	Dona de casa	Comerciante
	49%	5%	5%
Renda Familiar	1 a 3 salários	4 a 7 salários	8 a 11 salários
	91%	6%	3%

Fonte: Elaborada pelas autoras baseados nos dados da pesquisa realizada em 2014.

A partir das informações apresentadas (TABELA 1), é possível afirmar que as pessoas idosas participantes da pesquisa se enquadram no perfil socioeconômico de renda mínima para sobreviverem, além disso, é im-

portante enfatizar que, 66% são aposentadas e 63% vivem apenas da renda proveniente da aposentadoria da pessoa idosa. Ainda nesta conjuntura, 69% das pessoas idosas não possuem procurador responsável por si, ou seja, assumem a maioria das despesas em sua residência e podem ser tidas como principais chefes de família. Apenas 31% possuem procuradores que respondem legalmente pela pessoa idosa, prevalecendo os parentes mais próximos como filhos e sobrinhos.

Além disso, é perceptível também que quanto maior a faixa etária em que a pessoa idosa se encontra, fica mais vulnerável, passível e acometível a quedas, a qual pode gerar como consequência as fraturas e estas podem causar dependência e até mesmo a morte, pois a pessoa idosa pode desenvolver outras doenças ou piorar algumas já existentes durante seu período de internamento. Sobre a faixa etária pode-se observar que,

Hoje, os cientistas sociais que se especializam no estudo do envelhecimento se referem a três grupos de adultos mais velhos: os “idosos jovens”, os “idosos velhos” e os “idosos mais velhos”. Cronologicamente, o termo *idosos jovens* refere-se a pessoas de 65¹⁰ a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos, e os *idosos mais velhos*, de 85 ou mais anos, têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006, p. 667, grifos dos autores).

Em se tratando de morte para com relação à pessoa idosa, durante o incremento da pesquisa, 2 dos sujeitos da pesquisa internados na instituição hospitalar, por fraturas de fêmur, durante o processo de recuperação, após procedimento cirúrgico, foram a óbito. Nesta ótica, a pessoa idosa que cai perde sua autonomia e gera mudanças significativas na rotina da família, a qual pode estar ou não preparada para tais alterações, o que poderá resultar em um cuidado com ou sem qualidade para com a pessoa idosa vítima

¹⁰ Nos países desenvolvidos considera-se idoso (a) a partir dos 65 anos de idade, nos países em desenvolvimento a partir dos 60 anos, como é o caso do Brasil.

de queda. Com relação às condições de moradias, a pesquisa mostrou que 69% das pessoas idosas possuem residência própria, 97% residem em casas, e quando não sozinhos, moram com algum familiar.

Figura 1 – Com quem reside a pessoa idosa, gráfico de acordo com dados da pesquisa realizada em 2014



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 1 mostra que 69% das pessoas idosas residem com alguém, que em sua maioria se trata de familiares e até amigos, mesmo em números reduzidos considerados como parentes. Vemos aqui o conceito de família que pode envolver laços de consanguinidade e/ou também de afetividade (TEIXEIRA, 2008) porque a convivência e as relações estabelecidas é que definem a existência desta afetividade, que independente de parentesco sanguíneo.

Estes também prevalecem como principais cuidadores e responsáveis pelas pessoas idosas. A pesquisa mostrou que dos 100 sujeitos entrevistados, 38% possuem cuidadores, estes representados geralmente por seus filhos que quando não residem com a pessoa idosa se definem como cuidadores, prestando serviços de ajuda, mesmo que mínima, como assistência nas Atividades da Vida Diária (AVD), auxílio no momento do banho, entre outros. É importante ressaltar ainda que os cuidadores que não residem com a pessoa idosa na maioria das vezes, moram próximo e é a rede de apoio que esse idoso pode contar como, por exemplo, ajuda nas situações que demandar assistência de terceiros.

Como já mencionado anteriormente, a queda pode ter como efeito a fratura, decorrendo esta que pode modificar e alterar toda a estrutura e rotina familiar, uma vez que para cada família a pessoa idosa fraturada ou que apresenta sequelas de quedas assume diferentes aspectos, sejam estes bons ou ruins. Tendo em vista que as pessoas que constituem a família são os entes mais próximos, mais afetivos e os responsáveis nos cuidados para com a pessoa idosa é necessário que a família esteja preparada para proporcionar os cuidados necessários às pessoas idosas acometidas de fraturas.

Quando não tem o suporte familiar ou quando a família não se encontra preparada para cuidar da pessoa idosa, pode-se acarretar uma série de fatores não favoráveis para o velho, tais como: insatisfação com a qualidade de vida, perda do ânimo para continuar vivendo, maior grau de dependência total ou parcial de terceiros, já não consegue desenvolver mínimas ações sem ajuda, o que pode levá-lo mais facilmente à morte. Mediante essa discussão, a autora (CALDAS, 2003, p. 778), afirma que:

[...] não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados. Seria fundamental que profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las [...].

Conforme abordado pela autora, é necessário prestar orientações e informações acerca dos cuidados à pessoa idosa. Estes esclarecimentos devem partir de preferência dos profissionais que se localizam mais próximos dessa família, ou seja, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Ademais, é necessário destacar que a pesquisa mostrou que 74% das quedas foram acometidas no domicílio da pessoa idosa e 26% em outros locais. Ou seja, essa pessoa idosa pode cair sob os cuidados ou não dos familiares, tendo em vista que se residir com o parente supostamente considera-se que estava com companhia e sob os cuidados de alguém.

O que não se pode dizer que impeça o acometimento das quedas, mas pode contribuir para diminuir a ocorrência se realizado um trabalho socioeducativo a respeito da temática, informando e orientando sobre os fatores de risco. Assim, o familiar-cuidador e a própria pessoa idosa poderão juntos tentar preveni-las. Também é necessário cuidar da saúde do cuidador, que muitas vezes pode ficar sobrecarregado e esquecer ou faltar tempo para cuidar de si.

Portanto, é preciso que ações de caráter público sejam direcionadas para capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais com o intuito de fornecer orientações às famílias que possuem pessoas idosas, possíveis vítimas de quedas em seus domicílios ou fora deles, como também abordar temáticas referentes a quedas nessa população, com o objetivo de trabalhar e desenvolver nas comunidades assuntos pertinentes à prevenção de quedas, envelhecimento e saúde da pessoa idosa, para que assim este sujeito seja devidamente acolhido em seu âmbito familiar, fortalecendo seus vínculos afetivos, num ambiente em que se promova a qualidade de vida e se incentive sua autonomia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente que a família, seja de laços consanguíneos e/ou de afetividade, continua sendo a principal instituição social responsável por cuidar dos seus membros. Os resultados da pesquisa demonstraram que as pessoas idosas do sexo feminino tendem a ser mais acometidas por quedas, as quais acontecem em sua maioria na própria residência. Além disso, muitos vivem com companhia, predominando os familiares. A pesquisa mostrou que apesar de muitas vezes a pessoa idosa ser acompanhado, este acompanhante/familiar nem sempre consegue oferecer uma assistência devida, em consequência da falta de informação e de ações direcionadas a tais fins.

É preciso que se realizem mais pesquisas sobre a temática, para que seus resultados sejam divulgados para sociedade, pois com a difusão do conhecimento

e da informação todos poderão contribuir para reduzir o número de quedas. Com isto, as políticas públicas criadas pelo Estado também poderão ser mais eficazes, pois os profissionais poderão atuar mais em prevenção do que em recuperação e isto poderá ocorrer por meio de orientações aos familiares e à própria pessoa idosa, o que tende a proporcionar uma velhice com mais qualidade de vida.

Percebemos que o contexto social e familiar onde a pessoa idosa está inserida é de fundamental importância para sua independência, autonomia e para seu comportamento, pois a atenção, afeto, respeito, cuidado etc., entre os membros da família, poderão contribuir ou não para o desenvolvimento das potencialidades de todos os integrantes. Isto só será possível quando a sociedade compreender que o processo de envelhecimento envolve seus fatores físicos, sociais, biológicos e psicológicos, e para isto é necessário maiores investimentos na área do envelhecimento.

Esperamos que esta pesquisa sirva como fonte de informação e conhecimento para aqueles que se interessam pela temática, e que estes possam divulgá-la para a sociedade, tornando-se multiplicadores do conhecimento. Também esperamos que sirva de subsídios para novas pesquisas relacionadas à temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília-DF, 3 out. 2003.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 13 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 26 jan. 2015.

CARVALHO, Maria do Carmo Brandt de. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. do C.

Brandt (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública** [on-line]. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.733-781, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

FREITAS, Thamiris Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor; FAGUNDES, Iolando Brito. Queda em idosos: causas extrínsecas e intrínsecas e suas consequências. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 3, n. 1, p. 70-79, jun. 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/292>. Acesso em: 5 jan. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 40. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

MENDES, Márcia R. S. S.; GUSMAO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussie; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm. [on-line]**. São Paulo, v.18, n. 4, p. 422-426, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MESCHIAL, William Campo. *et al.* Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gênero. **Rev Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-16, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000100003&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 7 fev. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário oficial da União**, Brasília-DF, 13 jun.

2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 8 out. 2017.

PAPALIA, Daiane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 8. edição, Porto Alegre: Artmed, 2006.

SANCHEZ, Maria Angélica S. O serviço social: Abordagens e Intervenções para o idoso que cai.

Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 69-74, abr./jun. 2014. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=474. Acesso em: 1 jan. 2015.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 59-80, dez. 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2393>. Acesso em: jan. 2015.

1 Assistente Social; Doutoranda e mestra em Serviço Social – UNESP/Franca/SP/Brasil; Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/Demanda Social; Especialista em Terapia Intensiva Adulto na modalidade Multiprofissional em Saúde pela Universidade Tiradentes – UNIT; Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas “Envelhecimento Humano, Políticas Públicas e Sociedade” do CNPq. ORCID 0000-0001-6636-3902. E-mail: maria_s.social@hotmail.com

2 Assistente Social; Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Sergipe – UFS; Especialista em Terapia Intensiva Adulto na modalidade Multiprofissional em Saúde – UNIT; Membro do “Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde” – GEPS do CNPq. E-mail: vivia.santana@yahoo.br

3 Assistente Social; Especialista em Gestão de Pessoas e Psicologia Organizacional pela Faculdade Amadeus; Atuou como coordenadora do setor de Serviço Social e preceptora da Residência Multiprofissional em Unidade de Terapia intensiva-UTI da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia. E-mail: suelysduarte@hotmail.com

4 Assistente Social; Mestra em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT/Portugal; Atuou como Assistente Social e preceptora da Residência Multiprofissional em unidade de Terapia intensiva-UTI da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia. E-mail: shirleideab@hotmail.com

Recebido em: 21 de Maio de 2018
Avaliado em: 2 de Outubro de 2018
Aceito em : 22 de Novembro de 2018
