

Quedas da pessoa idosa – Repercussão para o cuidar no ambiente familiar-domiciliar

*Falls in the elderly: The impact of family-care in the
household environment*

*Caídas en el anciano: Repercusiones del cuidado en el
ambiente familiar-domiciliario*

Luzia Wilma Santana da Silva
Tiele Pires dos Santos

RESUMO: Objetiva-se, neste estudo, conhecer como a família se reorganiza para o processo de cuidar e viver com o ente parental, pessoa idosa, em estado de fragilidade por queda no ambiente domiciliar; e, verificar o grau de conhecimento da família sobre o processo de cuidar da pessoa idosa fragilizada por quedas. Como método: pesquisa de perspectiva crítico-interpretativo, no enlace da pesquisa-ação, realizada entre set./2013 e abr./2014. Os participantes foram três idosos e três cuidadores familiares. Como resultados, acena-se para o olhar atencioso às atividades instrumentais da vida diária pós-queda da dinâmica familiar, no que concerne à remodelação dos modos de vida para vencer o medo de um novo episódio de queda, e ao cuidado da família em sua globalidade para evitar desvio de saúde. Conclui-se que medidas promotoras para um envelhecer saudável e mais seguro sejam de compartilhamento sociocultural à qualidade de saúde e vida das pessoas.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Acidentes por quedas; Família; Cuidados; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT: *Objective: to know how the family is reorganized for the process of caring for and living with an elderly in a state of fragility by fall in the household environment; and to verify the degree of knowledge of the family on the process of caring for the dependent elderly from falls. Methods: A critical interpretive research in the field of action research, conducted between September/2013 to April/2014. The participants were three old and three-family caregivers. The Results induced to the watchful eye of the instrumental activities of daily living post-collapse of family dynamics, which refers to the remodeling of lifestyles to overcome the fear of a new episode of falling and caring for the family as a whole, in order to prevent the deviation of health. We conclude that measures promoting a safety and healthy aging must be shared, in order to improve the quality of health and life of people.*

Keywords: *Health of the elderly; Accidental falls; Family; care; Community health nursing.*

RESUMEN: *Objetivo: conocer como la familia se reorganiza para el proceso de cuidar y vivir con un anciano en estado de fragilidad por caída en el ambiente domiciliario; y verificar el grado de conocimiento de la familia sobre el proceso de cuidar del anciano fragilizado por caídas. Métodos: Investigación crítico-interpretativa, en el ámbito de la investigación-acción, realizada entre septiembre/2013-abril/2014. Los participantes fueron tres ancianos y tres cuidadores-familiares. Los Resultados inducen para la mirada atenta a las actividades instrumentales de la vida diaria post-caída de la dinámica familiar, en lo que se refiere a la remodelación de los modos de vida para vencer el miedo de un nuevo episodio de caída y al cuidado de la familia en su globalidad para evitar el desvío de la salud. Se concluye que medidas promotoras para un envejecimiento saludable y seguro sean compartidas para mejorar la calidad de salud y de vida de las personas.*

Palabras clave: *Salud del anciano; Accidentes por caídas; Familia; Cuidados; Enfermería en Salud Comunitaria.*

Introdução

O envelhecimento é uma conquista da humanidade. As primeiras alterações atribuídas a esse processo são detectadas ao fim da terceira década de vida de uma pessoa, geralmente discretas, mas progressivas; essas modificações não causam insuficiência absoluta de órgãos ou aparelhos, exceto dos ovários e timo; nos demais sistemas, porém, ocorre uma parcimoniosa diminuição da reserva funcional em um *continuum*, o que vai comprometendo a capacidade de adaptação às modificações do meio externo-interno, prejudicando, em última análise, a eficácia dos mecanismos de manutenção da homeostase, estes, que se compõem fundamentalmente de sensores responsáveis pela detecção do desequilíbrio, centros reguladores, encarregados da modulação da resposta, e, efetores, capazes de executar as devidas correções (Filho, & Netto).

Fatores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar a forma com que o envelhecimento vai se dando no decorrer da vida humana. A queda é uma delas e, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), trata-se de uma causa externa (IBGE, 2010). Um evento acidental ao equilíbrio do corpo que tem relação estreita com a estabilidade e depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada (Ribeiro, Souza, E.R., Atie, Souza, A.C., & Schilithz, 2008). Também dos efeitos cumulativos das alterações fisiológicas relacionadas à idade, doenças, medicamentos, circunstâncias sociais e ambientais (Fabrício, Rodrigues, & Junior, 2004).

Esses fatores possuem maior magnitude quando vinculados à fragilização da pessoa idosa e ao “despreparo” dos cuidadores quanto à instabilidade postural, alterações músculo-esqueléticas e morfofuncionais da pessoa idosa.

A queda se nos apercebe como um problema que se mostra similar a um *iceberg*, ou seja, o resultado de múltiplos fatores que tem como desfecho um episódio que tira do *ser* a tranquilidade de sua capacidade de mobilidade e locomoção. Na literatura, são apontados inúmeros estudos reveladores das consequências das quedas à pessoa idosa e seu grupo de pertencimento (Ribeiro, *et al.*, 2008; Jahana, & Diogo, 2007).

Trata-se de um episódio ou episódios de evento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com a incapacidade de correção em tempo hábil (Moura, Santos, Driemeier, Santos, & Ramos, 1999; Santos, & Andrade, 2005).

O corpo é um sistema que depende de entrada de informações. O fluxo desta informação de forma eficaz evidencia um processo do *ser-estar* saudável, mas o efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado favorece o episódio da queda (Pereira, Buksman, Perracini, Barreto, & Leite, 2001).

Os dados estatísticos sobre essa incidência no contexto do Brasil é de 845.792; no estado da Bahia, 38.786; e, no município de Jequié, BA, local onde o estudo foi realizado, de 497 quedas, só em 2012 (Brasil, 2012). No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez no ano e, entre 5 a 10% das quedas, resultam em ferimentos importantes que são agravados pela idade acima de 85 anos. Nesse universo, o sexo feminino, via de regra, é o mais acometido. Outro dado de relevância compreende ser o espaço do domicílio – o local em que ocorre cerca de 70% das quedas (Lourison, & Rosa, 2010).

Outros fatores enunciados e desestabilizadores do processo de viver e ser saudável da pessoa idosa são: deterioração funcional, hospitalizações frequentes, institucionalização e aumento no consumo de serviços sociais e de saúde. Além destes, após o evento da queda, a pessoa idosa tem restringido suas atividades básicas de vida diária; medo de uma nova queda e superproteção por parte dos familiares. Tais atitudes dificultam sua reinserção sócio-familiar, limitando-a a um viver cotidiano em situação de ‘inércia’, o que poderá viabilizar o aparecimento de outras patologias como tristeza, depressão, problemas osteomusculares, de controle da diabetes mellitus (DM) e cardiovasculares, entre outros.

Sobre isso, considerar a influência da queda no processo de viver e ser saudável tem evidenciado a abordagem relacional do sistema familiar, tendo em vista ser este o ambiente em que as relações de cuidado se dão, e, por vezes, podem se configurar por descuido pela falta do *ser-saber-fazer*, ou seja, uma família despreparada pode impactar negativamente a ação mais proativa da pessoa idosa ao seu autocuidado. Assim, cuidar do grupo etário idoso exige saber-cuidar, aguçar a observação para o *corpo-mente* que falam. Por outro lado, os cuidados no âmbito familiar ainda carecem de suporte, rede de apoio à família, para que seja realizado de modo mais eficiente e eficaz para a pessoa idosa e para o próprio sistema familiar, familiares cuidadores, pois também são pessoas em processo de envelhecimento e outras já bem idosas (Silva, Souza, T.F., Souza, T.O., & Souza, M. (2014).

Ainda, destaca-se que o cuidado prestado à pessoa idosa, em grande monta, é efetuado por pessoas leigas, que não tiveram treinamento específico ou o tiveram de forma incipiente para lidar com situações, como as quedas, sejam no âmbito domiciliar ou em Instituições de Longa Permanência (Yamamoto, & Diogo, 2002).

A observância do despreparo para ver as limitações manifestas pelo “corpo-mente” da pessoa idosa, relacionadas a fatores intrínsecos: diminuição da visão e audição; distúrbios músculos-esqueléticos; alterações na postura, deformidades nos pés e outros. Além de doenças cardiocirculatórias e endócrinas; pulmonares; neurológicas (Acidente Vascular Encefálico, demência, doença de Parkinson, doença de Alzheimer); geniturinária; osteoporose; artrose; labirintite entre outras; as quais impactam sobremaneira o processo de viver humano e potencializam o episódio de quedas. Ainda o uso de polimedicamentos, e mais, o sedentarismo, neste caso, podendo estar associado ao medo de uma nova queda. Do que, a observância de tais fatores é imprescindível ao ver-enxergar-prescrutar o cuidado à pessoa idosa (Silva, Souza, T.F., Souza, T.O., Souza, M.C., & Souza, M., 2014).

Cuidar da pessoa idosa significa exercer uma práxis em evolução contínua às demandas de natureza física – o esforço dos subsistemas individuais da família e de cuidadores informais; o esforço pela busca do aprendizado em atenção às especificidades do cuidado diante da queda; o esforço de estar-se em aperfeiçoamento para o exercício do cuidar e o esforço de ser-*se* sensível para alcançar o cuidado na concretude da pessoa idosa.

Enovelar tais esforços à luz de nossa percepção não é tarefa fácil, mas necessária à inserção do cuidado profissional, em destaque, da Enfermagem. Um cuidado congruente, no tecer a teia relacional-proximal de proteção, prevenção, promoção e reabilitação – às atividades básicas de vida diária, de convívio social e de trabalho da pessoa idosa.

Arrolhar tais esforços envolve ainda ampliar os saberes sobre o mundo da roda da vida da pessoa idosa-família-cuidadores em enfrentamento ao episódio da queda. Neste direcionamento foram traçados como objetivos deste estudo: conhecer como a família se (re) organiza para o processo de cuidar e viver com o ente parental, pessoa idosa, em estado de fragilidade por queda no ambiente domiciliar; e verificar o grau de conhecimento da família sobre o processo de cuidar da pessoa idosa fragilizada por quedas.

A relevância que nos apercebe neste estudo se assenta em enovelar o processo de envelhecimento humano sob o risco de um ou mais episódios de quedas; os direitos da pessoa idosa; os cuidados do sistema familiar/informais/profissionais na perspectiva da Política Nacional do Idoso (PNI) (Brasil, 1994) à garantia de um envelhecer com mais qualidade de saúde, como assegura a Lei n.º 8.842/94 (Brasil, 1994).

Método

Estudo de abordagem qualitativa na perspectiva crítico-interpretativo, no enlace da pesquisa-ação. Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, CAAE 19211713.7.0000.0055 - Protocolo n.º. 338.629, em atenção à Resolução 466/12 (Brasil, 2012). Realizado no município de Jequié, BA, cujo período de coleta de dados foi entre setembro/2013 a fevereiro/2014.

A abordagem investigativa buscou os significados da intersubjetividade, os valores, e as relações entre as pessoas, na construção de conhecimentos transformadores da prática cotidiana, para o processo de viver humano saudável da pessoa idosa e família em enfrentamento pelo episódio de queda. Conjugou a interpretação à compreensão das perspectivas e experiências dos participantes envolvidos na pesquisa-ação. O ponto de partida foi uma instituição pública de saúde de grande porte e alta complexidade, com abrangência da cidade-sede e mais 25 circunvizinhas, cuja característica é de hospital-escola vinculado à Secretaria de Educação do Estado da Bahia, campo de prática dos cursos da área de saúde de instituições de ensino superior pública e privada. Nessa instituição, foram primeiramente identificados os casos de queda de própria altura de pessoas idosas, de 60 e mais anos, através da porta de entrada, o Pronto Socorro.

Do identificado, buscava-se a cidade de origem; aquelas pessoas oriundas do município de Jequié, BA, eram contatadas juntamente com o familiar sobre o interesse em participar da pesquisa. Do interesse, avaliava-se, através do *Mini Mental State Examination* (MEEM) (Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, 1975), a função cognitiva da pessoa idosa; esta não apresentando déficit, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era apresentado, sendo também assinado pelo familiar responsável.

Da anuência, prosseguia-se o estudo, com análise dos prontuários, anamnese de enfermagem, sendo a clínica cirúrgica feminina e masculina do referido hospital, o local escolhido por abranger maior número de pacientes idosos com diagnóstico de queda da própria altura; porém, na época da investigação, a maioria apresentava déficit cognitivo, sendo que apenas três atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 e mais anos, diagnóstico de queda da própria altura, residir na cidade de Jequié, BA, e não apresentar déficit cognitivo.

Nestas três pessoas foi realizada consulta de enfermagem baseada no Instrumento de Avaliação de Quedas para Idosos (IAQI) (Moraes, 2008), para composição do histórico da queda.

Também uma entrevista semiestruturada, com questões norteadoras sobre o acontecimento da queda e a percepção do ocorrido pelos participantes – pessoa idosa e familiar cuidador. Esta ainda buscou identificar os vínculos de relação do sistema familiar a partir da elaboração do ecomapa e da Psicofigura de Mithchell.

A entrevista foi gravada com aparelho digital COBY-CXR190-2G, transcrita imediatamente após sua realização, seguida por um processo de identificação de padrões, possíveis explicações e configurações, convergindo na análise de categorias (Marcuschi, 2007), sendo três as evidenciadas no estudo.

Esse material guiou a estratégia de pesquisa-ação, a qual foi desenvolvida após alta hospitalar, nos domicílios das pessoas idosas, juntamente com seu grupo de pertencimento. Para este momento, foi aplicado o Termo de Uso de Imagem e Depoimentos, uma vez que o registro de imagem da estrutura domiciliar compunha a estratégia do estudo para elaboração de painéis educativos, uso de gênero textual (Marcuschi, 2007), na promoção da saúde e prevenção de quedas no domicílio.

Tratou-se de usar a observação sistemática dos espaços domiciliares; registro dos fatores de riscos à queda; avaliação da estrutura física e acessórios utilizados na decoração do domicílio (tapetes, iluminação inadequada, escadas sem corrimão e outros). Estes observados, segundo o enunciado na literatura para o acontecimento da queda (Yamazaki, & Ferreira, 2013). Logo, o instrumento intervencionista constituiu-se da elaboração de cartazes emoldurados – Gênero Textual –, os quais foram confeccionados de forma dinâmica e autoexplicativa, construídos com os participantes do estudo. Foram elaborados com fotos e gravuras coloridas indicando os locais de risco de queda, interno e externamente, do domicílio das famílias.

Afixados nas paredes das residências, tendo a informação como elemento indispensável, em que o cenário, o domicílio, se reverteram no espaço de apreensão dos saberes sobre a prevenção de quedas e promoção da saúde, ancorando-se nos saberes de Marcuschi (2007), justo quando o teórico descreve que os gêneros textuais não se caracterizam como formas estruturais estáticas e definidas, ms eles se moldam conforme a situação sociocomunicativa. Também foi ao encontro das ideias de Paulo Freire (2003), quando este afirma que “a leitura do mundo precede a leitura da palavra”, não envolvendo apenas decifrações de palavras.

Relativamente ao acompanhamento no lar, foram realizadas doze visitas, quatro em cada domicílio, as quais foram suficientes para a elaboração dos cartazes emoldurados, com a planta da casa de cada família juntamente com gravuras referentes aos espaços registrados no âmbito domiciliar, estratégia de educação em saúde com a pessoa idosa e sua família, como forma de reacender, neles, o olhar perscrutador que identificasse junto à confecção dos cartazes emoldurados, os fatores de risco existentes em sua residência que pudessem potencializar e ou causar recidiva de queda. Durante a confecção desse instrumento, observava-se que a maioria dos participantes já detinha um cuidado prévio referente à fragilização do ente parental idoso, porém desconheciam que o processo de envelhecimento atrelado a comorbidades avultavam os fatores de risco existentes naquele ambiente à queda.

No processo de acompanhamento das famílias, imediatamente a elaboração dos cartazes emoldurados enredando a pesquisa-ação, mudanças estruturais no domicílio eram observadas, como retirada de acessórios e mudança na disposição dos móveis de lugares à prevenção de quedas.

Resultados e discussão

Do processo de análise compreensivo-interpretativa do conteúdo das falas dos participantes, três categorias emergiram: “*O acontecimento da queda: significado para a pessoa idosa e familiares*”; “*Saberes da pessoa idosa e família sobre as fragilidades impostas pelo envelhecimento*” e “*A família no contexto de mudanças e expectativas no pós-queda do ente parental idoso*”.

Essas categorias enunciam que o processo de viver familiar à queda do ente parental é desafiador para o sistema familiar, sobretudo, considerando-se os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem as relações familiares e o envelhecimento. Nesse contexto, as mediações assentam-se em promover, no idoso, a atenção às atividades instrumentais da vida diária pós-queda, que dizem respeito às alterações da dinâmica familiar; da remodelação estrutural da casa; de estratégias de enfrentamento para vencer o medo de um novo episódio de queda e do simbolismo de fraqueza da pessoa idosa para o *continuum* do viver os dias que se seguem.

A pessoa idosa, nesse contexto sócio-cultural, é perspectivada no personalismo de proteção e cuidados de modo a receber da família, o apoio às demandas de mobilidade e locomoção em primeira instância, tendo em vista a fragilidade do sistema de sustentação do corpo, mas, para além deste, sua inserção contributiva na intergeracionalidade no meio de pertencimento.

Categoria 1: *O acontecimento da queda: significado para a pessoa idosa e familiares*

Esta categoria expressa o sentimento de medo da pessoa idosa após o acontecimento da queda. Esta entendida como um episódio que lhes trouxe grandes dificuldades ao seu processo de viver cotidiano ao que fazer, como as atividades domésticas. Atrelando-se a isso, a compreensão de estar-se envelhecendo, e o envelhecimento demonstrando árduo quanto a acarretar limitações, as quais são absolvidas pelo sentimento de medo. Este dado é corroborado no estudo desenvolvido pelo PNAD, em 1998, em que, da amostragem estudada, 13,9% dos idosos deixaram de realizar alguma atividade habitual devido a quedas ou por outras condições (Lima-Costa, Barreto, Giatti, & Uchoa, 2003).

O medo de uma nova queda, por um corpo agora visto como não sendo mais forte, vigoroso e dinâmico. E, que, ser idoso neste contexto era estar-se frágil e vulnerável, se observa nos relatos:

“[...] Eu sei que a queda é coisa ruim, é coisa que a gente se machuca, dá trabalho pra gente recuperar de novo [...] acho que vou ter pra sempre medo de cair de novo, porque qualquer coisa tá fácil cair mesmo, isso e o meu medo de ter outra queda.” (Pessoa idosa 1)

“Eu estou sentindo muito medo, num sei porque no momento doeu muito, e agora vou ficar com muito medo quando eu começar a andar [...]”
(Pessoa idosa 2)

O medo de voltar a cair também foi observado em um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 72 idosos, dos quais 88,5% relataram medo de outra queda. Os autores salientam que, por outro lado, o medo não pode ser visto sobre o viés de tensão e limitação unicamente, mas como um fator protetor, na medida em que o idoso, em função do acontecimento da queda, adota comportamentos preventivos (Ribeiro, *et al.*, 2008).

O medo de cair da pessoa idosa é observado em uma multivariabilidade de estudos na literatura, e como outras consequências, em aderência ao estudo ora apresentado, alterações como perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança (Júnior, & Heckmann, 2003; Beck, Antes, Meurer, Benedetti, & Lopes, 2011).

O medo neste direcionamento, afeta a qualidade de vida da pessoa idosa, revertendo em um fator intrínseco, dentre as condições de desvio de saúde, decorrentes do processo de envelhecimento, mesmo que fisiologicamente nos padrões de normalidade, e atitudinais diante dos acontecimentos da vida – e também extrínsecos – como aqueles relacionados a recursos financeiros e ambientais. Para os idosos deste estudo, residentes de comunidades periféricas, de baixa renda e precárias condições de moradia, infraestrutura – estes fatores são potencialmente impactantes da percepção que têm sobre qualidade de vida.

O sentimento da pessoa idosa em relação o medo da queda ecoa em seus familiares. Estes ainda se culpam pelo acontecimento da queda, quando esta ocorre no espaço domiciliar. Essa culpa toma uma dimensão de responsabilização, de que poderia ter sido evitada:

“[...] a escada no fundo, alguns degraus, a gente já deveria ter mudado, porque sei que aquilo ali a gente já vinha prevendo que iria acontecer (a queda). Então, se a gente tivesse mudado, colocado um corrimão, talvez teria evitado a queda.” (RP, Filha da Pessoa Idosa 1).

O sentir-se culpado por parte dos cuidadores familiares evidencia uma questão estrutural relacionada ao próprio domicílio, remetendo-os à percepção de necessidade de mudanças no ambiente para a prevenção de quedas. Muito embora o ambiente domiciliar pareça ser seguro, pela familiaridade que a pessoa idosa e família acreditam ter. Mas isso pode tornar-se, muitas vezes, potencial risco a queda (Silva, Nakatani, Silva, & Lima, 2007).

Sentir-se culpado representa para o cuidador familiar um desafio para si, de modo a corrigir o que no ambiente impulsionou a queda. Contudo, buscando relativizá-lo diante do seu sentimento de culpa, alguns cuidadores conferem ao idoso a responsabilidade pela queda:

“Eu acho que é falta de atenção mesmo porque ele só anda assim, olhando pro canto, e pra outro, ele não olha pra onde está pisando, pode ser numa escada, pode ser aqui, é assim, ele não presta atenção aonde ele pisa. A gente sempre tá reclamando e falando com ele.” (MCSR, Esposa do idoso 3).

Para amenizar sua dor, ou mesmo por falta de conhecimento sobre a fisiologia do envelhecimento - alterações psicoestruturais e do comprometimento funcional do idoso, quanto a sua prontidão diminuída e baixa autoconfiança, relacionadas à redução de sua capacidade funcional, desconhecidas ou não-, desejosas de serem vistas pelo familiar -, tal familiar minimiza seu sentimento de culpa, conferindo ao idoso o episódio da queda.

Os relatos demonstraram que as situações corriqueiras do cotidiano passam, por certo, pouco observadas pelo sistema familiar, sobretudo, naqueles idosos em que ativos não são percebidos sobre o risco de acidentes domiciliares; sendo o olhar mais atencioso para aqueles em que se evidenciam deficiências de equilíbrio de marcha (Fabrício, Rodrigues, & Junior, 2004).

Percebemos haver certo desconhecimento, em um misto de descompasso, sobre os eventos multifatoriais enlaçadores da queda no idoso para ele e seu sistema familiar.

Desconhecer e descompasso são duas palavras que se aproximam e têm configuração de risco para o processo de viver humano em envelhecimento. Desconhecer limita o olhar para enxergar as alterações do envelhecimento, compreendê-las, admiti-las e saber agir sobre elas, o que gera o descompasso, ou seja, não conscienciosos, pessoa idosa e sistema familiar, das alterações psicofuncionais do corpo-mente, não concebem o viver sob o risco. Assim, a queda passa por um sentimento de desatenção, de responsabilização do idoso e da família e de falta de conhecimento sobre as alterações do corpo-mente, na fase do envelhecimento, o que se avultou na categoria a seguir.

Categoria 2: Saberes da pessoa idosa e família sobre as fragilidades impostas pelo envelhecimento

O comprometimento funcional representa um dos principais aspectos a ser avaliado no planejamento da assistência ao idoso, sendo necessário monitorar a capacidade de execução de tarefas simples do cotidiano, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se.

O idoso passará a depender de terceiros, quando comprometido seu estado funcional às atividades instrumentais, isto é, necessitará de apoio de um cuidador, o qual geralmente é um familiar (OMS, 1946).

A família é o primeiro sistema de cuidado presente na rede de pertencimento - base para prestação dos cuidados diretos aos entes parentais (Elsen, 1984). Neste estudo foi elucidado nas falas dos participantes o quão este pertencimento se reveste em sentimentos diversos ao ato de cuidar frente ao episódio da queda. Tais sentimentos, correlacionados à condição fisiopatológica inerente à pessoa idosa, ratificada pelo processo de envelhecimento e dependência, evidenciado no cotidiano do viver familiar:

“Sei que é difícil, por causa dos ossos que ficam fracos, por causa da osteoporose, essas coisas, artrose, a calcificação já não é a mesma.” (DPSS, filha da Pessoa Idosa 2).

“Ela é hipertensa, diabética, artrose.” (RP, filha da Pessoa Idosa 1).

Esses sentimentos alicerçados no ver-perceber dos entes familiares, são salientados por estudiosos quando abordam que fatores de risco, como os destacados nas falas, devem ser considerados como itens de rastreio para quedas futuras. Neste particular, ainda destacam a necessidade de ampliação do ver-percebendo os fatores de comprometimento visual, distúrbio do equilíbrio corporal e marcha, uso de medicações, comprometimento das atividades instrumentais e básicas de vida diária e cognitivo, entre outros (Ganz, Bao, Schekelle, & Rubenstein, 2007).

Esses sentimentos de ser-se familiar cuidador, em meio às alterações morfofisiológicas do corpo *envelhescente*, avultam-se pelo medo até em tocar o ente idoso, na compreensão da fragilidade óssea, da intensificação da dor ao manipular o corpo e pela ansiedade da pressa do fazer mais rápido o cuidado, de modo a evitar o desconforto da manipulação no corpo frágil, como evidenciado no estudo:

“Eu acho que fica todo mundo com medo mesmo, porque já fica naquele cuidado quando vai pegar, todo mundo fica olha a perna, olha a perna, com medo [...] é um espera, espera minha filha, precisa ver, é o medo mesmo de cair de novo, de acontecer de novo, é sofrimento.” (DPSS, filha da Pessoa Idosa 2).

E a pessoa idosa de seu “canto” enuncia:

“[...]Jos ossos tão fracos, aí, qualquer coisa é véi, já sabe”. (Pessoa Idosa 1)

Esses relatos conduzem à compreensão da necessidade de conhecimento das limitações impostas pelo episódio de queda a um prisma que possa vislumbrar potencialidades humanas ante a fragilidade.

Assim, o desenvolvimento de capacidade resiliente a consciência corporal do corpo que fala e, ao falar, enuncia o desejo de ser visto; contudo, para se enxergar é preciso desejo, atenção e conhecimento. Fatores que a literatura acena como necessários de serem viabilizados em uma política pública, sobretudo nos cuidados comunitários – mobilizar os sistemas locais, grupos religiosos, escolas, associação de bairros e outros para os saberes para a promoção de um envelhecimento mais seguro com risco diminuto ou sem risco de quedas (Maciel, & Guerra, 2008).

Trata-se de ir ao encontro dos direitos sociais da pessoa idosa, da efetiva participação da família e da sociedade (Brasil, 2003).

No enlace das políticas a família está como ator principal deste processo de cuidar, e estudos mostram ser essa a concepção à estratégia integradora no abranger a complexidade que envolve o envelhecimento humano. Logo, o processo de viver humano familiar saúde e doença deve abranger a percepção de que o todo e as partes se influenciam mutuamente na dinâmica das relações da família (seus membros individualmente e a família em sua globalidade) em nível bio-psico-sócio-cultural-meio-ecológico e espiritual (Silva, 2012).

Neste direcionamento, perspectivar o meio ambiente no qual essas pessoas estão inseridas, suas relações sociocomunitárias, seus saberes e fazeres, os valores que constroem no grupo de pertencimento e a compreensão que tem sobre qualidade de vida, independência, segurança, proteção, prevenção de quedas e bem-estar psicológico são necessários a um envelhecer mais autoconfiante na potencialidade de sentimentos não dominados pelo medo (Hwang, Liang, Chiu, & Lin, 2003).

Assim, quando do acontecimento de uma queda, será mais provável que as pessoas possam atribuir novos significados e significância ao restabelecimento físico e psíquico no contexto de suas vivências e experiências.

Categoria 3: A família no contexto de mudanças e expectativas no pós-queda do ente parental idoso

A queda acelera mudanças na dinâmica familiar, tanto de ordem relacional quanto estrutural. Viver em processo dinâmico faz parte do ser-existir humano, pois sujeitos de mudanças, muito embora buscando um equilíbrio, contudo, tal equilíbrio é difícil de alcançar, sobretudo, porque, como humanos, somos todos sujeitos que sofrem influência e influenciam o meio. A constatação desse fato, para além do que a ampla literatura já nos ensina (Silva, 2012; Wright, & Leahey, 2008; Bertalanffy, 1968), foi bem observada nesta categoria, como destacado nos relatos:

“Aqui em casa é eu e minha filha, e no hospital (quando do internamento pós-queda) eu fiquei três dias e depois o filho dele que veio lá da roça. Aí, o filho ficava durante o dia e durante a noite outro rapaz.” (MCSR, esposa da Pessoa Idosa 3).

“Quando ela estava lá no hospital, nós tava se revezando, para tomar conta dela lá, e cuidando da casa, se organizando, quer dizer, tá uma correria, um cuida de uma coisa, um faz as atividades da casa, outro cuida dela, mas tem algumas pessoas que nos ajudam cuidando dela. Têm as duas irmãs dela e, de vez em quando, a neta [...]. Pela manhã, as minhas tias sempre vêm, dá um banho, e o restante do dia, eu cuido, sou eu que estou cuidando e, quando a neta pode, ela vem à tarde, a gente tem dividido assim.” (RP, filha da Pessoa Idosa 1).

Observa-se a auto-organização do sistema familiar, de forma a atender as demandas de dependência da pessoa idosa pós-episódio da queda. Esse processo auto-organizacional modela-se com a finalidade da manutenção dos cuidados essenciais às necessidades básicas do ente parental idoso.

No direcionamento dessa atenção, condições diversas permeiam as interrelações da família na circularidade dos seus que fazeres, como:

“A rotina mudou, a gente agora tem que ficar mais próximo, ela depende mais da gente, a gente tem que colocar aparadeira, levar no banheiro; então, ficou mais corrido, mas na hora que um não tá, o outro faz, vai passando, mas ficou mais corrido.” (DPSS, filha da Pessoa Idosa 2).

“E assim, [...] se eu tenho alguma coisa para resolver, minha filha fica em casa, se eu saio com ela, que nem ontem que eu fui pro posto, que tinha um exame marcado, minha neta fica em casa, ele nunca fica sozinho.” (MCSR, esposa do Idoso 3).

A dependência da pessoa idosa faz com que haja reorganização da família em sua globalidade, envolvendo demandas emocionais, materiais, sociais e desenvolvimentais (Caldas, 2003).

Trata-se de viver momentos de tensão, apreensão e sobrecarga físico-emocional. Esta última ocasionando, por vezes, sentimentos de acusação e impaciência, contrariamente à historicidade de *ser-se* família, quando da ausência da sobrecarga de trabalho, como enunciado:

“O convívio é bom. Agora tem coisas que acontece que a gente também não pode ficar calada, a gente tem que abrir a boca e falar, né? Que a gente tem que falar a verdade e ser realista naquilo que aconteceu, não pode ficar encobrindo uma coisa, a pessoa se fazendo de coitadinho, uma coisa que não é, a gente tem que abrir a boca também e falar como é a pessoa, o que a pessoa apronta (refere-se ao idoso) tudo isso, porque quem tá de fora, não sabe, quem tá dentro de casa, é que sabe a situação.” (MCSR, esposa do Idoso 3).

Então, a sobrecarga físico-emocional, diante do acontecimento da queda, desencadeia, no *ser* cuidador, estresse, o qual enreda sentimentos negativos. Estes desestabilizadores do sistema familiar e de forma mais singular proximal da pessoa idosa, fazendo notar a necessidade de apoio ao cuidador familiar de modo que este, possa não sucumbir ao estresse e expor-se a situação de desvio de saúde, a exemplo do que foi identificado no estudo por Gonçalves, Santos, Costa e Rossi (2005), em que os cuidadores da pessoa idosa, no processo de cuidar cotidiano, tinham desencadeado situação de risco à sua saúde e bem-estar. Dado também verificado no estudo de Novais, Silva, Gonçalves e Menezes (2013). Sobre isso, as autoras destacam que a sobrecarrega do cuidador desarmoniza seu estado de ser, promovendo isolamento afetivo e social, bem como rupturas de vínculos.

Para a PNI, a família deve assegurar, ao idoso, participação na comunidade, defendendo sua autonomia, dignidade, bem-estar e direito à vida (Brasil, 1994), mas a família também precisa ser cuidada e perspectivada como sujeito de política pública, no apoio de suas necessidades de cuidados. Atrelado a isso, de conhecimentos quanto à prevenção e promoção de sua saúde na globalidade de sua existência.

Essa categoria demonstra o quão exigente são as demandas cotidianas do viver familiar em enfrentamento da queda do ente parental. E, que expõe expectativas de ser a família também cuidada.

Considerações finais

Este estudo, ao tangenciar por um campo de experiências e vivências do enfrentamento da queda em pessoas idosas, expõe um cenário desafiador em primeira instância para o sistema familiar, enquanto unidade de pertencimento, divisão de tarefas e solidariedade humana, ampliando-se para os cuidados profissionais, de modo que estes possam perspectivar a família, como unidade de cuidado em sua globalidade, em destaque, quando do enfrentamento desta, aos cuidados ao ente parental sob a queda da própria altura.

Do exposto, acena-se para um olhar atencioso dirigido às atividades instrumentais da vida diária pós-queda na dinâmica familiar, no que diz respeito à remodelação dos modos de vida em estratégias de enfrentamento para vencer o medo de um novo episódio de queda; evitar que o cuidador familiar sucumba ao estresse por sobrecarga de trabalho vindo a adoecer; potencializar a família em seu todo, na viabilidade de esforços coletivos para a manutenção do sistema com vínculos proximais positivos, e conceber a família como política pública de atenção proximal-relacional.

Nesses aspectos, perspectivar que o envelhecimento, atrelado às condições fisiopatológicas, evidencia a necessidade de programas específicos que se voltem à prevenção de quedas, e que medidas de promoção a um envelhecer saudável e mais seguro sejam de compartilhamento sócio-cultural ao alcance de metas resolutivas à qualidade de saúde e vida das pessoas.

Referências

- Beck, A. P., Antes D. L., Meurer S. T., Benedetti T. R. B., & Lopes M. A. (2011). Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. *Texto Contexto Enferm*, 20(2), 280-286. Recuperado em 27 maio, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a09v20n2>.
- Bertalanffy, V. L. (1968). *General System Theory*. Nova York, USA: Brasiller.
- Brasil. (1994). Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 5 jan. 1994.
- Brasil. (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Diário Oficial da União, 3 out. 2003.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Caderno de Atenção Básica, n.º 19*. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 julho, 2014, de: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS, DATASUS*. Recuperado em 20 abril, 2012, de: <http://www.datasus.gov.br>.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 466/12, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Recuperado em 01 dezembro, 2014, de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. Recuperado em 15 maio, 2014, de: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>.
- Elsen, I. (1984). Concepto of health and illness and related behaviour among families living a brasilian fishing village. Tese de doutorado em Ciências de Enfermagem. University of California, San Francisco.
- Fabrizio, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., & Junior, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, 38(1), 93-99. Recuperado em 12 julho, 2014, de: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>.
- Filho, E. T. C., & Netto, M. P. (2004). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198. Recuperado em 08 julho, 2014, de: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(75\)90026-6/abstract?Cc=y?cc=y](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(75)90026-6/abstract?Cc=y?cc=y).
- Freire, P. (2003). *A importância do ato de ler*. São Paulo, SP: Cortez.
- Ganz, D. A., Bao, Y., Schekelle, P. G., & Rubenstein, L. Z. (2007). Will my patient fall? *JAMA*, 297(1), 77-86. Recuperado em 01 dezembro, 2014, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17200478>.

- Gonçalves, L. H. T., Santos A. S., Costa M. A., & Rossi C. L. (2005). Profile of the family caregiver for a frail elderly relative in the domestic environment at the Five sociocultural context of Florianópolis, Jequié, Passo Fundo, Rosario and Porto: abstract caderno do programa [CD-ROM]. *In: Anais do 18º Congress of the International Association of Gerontology*, 2005 Jun 26-30; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: SBBG; 2005.
- Hwang, H. F., Liang, W. M., Chiu, Y. N., & Lin, M. R. (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*, 32(6), 593-600. Recuperado em 01 dezembro, 2014, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14599999>.
- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Recuperado em 25 junho, 2013, de: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=0>.
- Jahana, K. O., & Diogo, M. J. D. E. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4(17), 148-153. Recuperado em 15 junho, 2014, de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1981.pdf>.
- Júnior, C.M.P., & Heckmann, M. (2003). Distúrbios da postura, marcha e quedas. *In: Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., & Gorzoni, M. L. (Orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia*, 624-634. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S., Giatti, L., & Uchoa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*, 19(3), 745-757. Recuperado em 22 julho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15878.pdf>.
- Lourison, M. P., & Rosa, T. E. C. (2010). Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas. *Secretaria de Saúde de São Paulo*. [periódico eletrônico]. Recuperado em 25 fevereiro, 2014, de: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf.
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2008). Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Rev Assoc Med Bras*, 54(4), 347-352. Recuperado em 18 julho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/20.pdf>.
- Marcuschi, L. A. (2007). Gêneros textuais: definição e funcionalidade. *In: Dionísio, A. R., & Bezerra, M. A. (Orgs.). Gêneros textuais e ensino*. (5ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Lucerna.
- Moraes, E. N. (2008). Protocolo de avaliação multidimensional do idoso. *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*, Recuperado em 01 dezembro, 2014, de: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1809-98232012000300012>.
- Moura, R. N., Santos, F. C., Driemeier, M., Santos, L. M., & Ramos, L. R. (1999). Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontol.*, 7(2). [periódico eletrônico]. Recuperado em 15 maio, 2014, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1543/pdf>.
- Novais, N. N., Silva, L. W. S., Gonçalves, L. H. T., & Menezes, T. M. O. (2013). Qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos longevos: interferências familiares. *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(1), 64-75. Recuperado em 22 de julho, 2014, de: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Meus%20documentos/Downloads/6926-26778-2-PB.pdf>.
- OMS. (1946). Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque, USA: OMS/WHO. *Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado*.

Pereira, S. R. M., Buksman, S., Perracini, M. P. Y. L., Barreto, K. M. L., & Leite, V. M. M. (2001). Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [periódico eletrônico]. Recuperado em 15 abril, 2014, de: http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/quedas_idosos.pdf.

Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273. Recuperado em 14 julho, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/23.pdf>.

Santos, M. L. C., & Andrade, M. C. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 29(1), 57-68. Recuperado em 25 maio, 2014, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=416276&indexSearch=ID>.

Silva, L. W. S. da (2012). *Família em contexto: multiversas abordagens em investigações qualitativas*. Salvador, BA: Editora Arcadia.

Silva, L. W. S. da, Souza, T. F., Souza, T. O., Souza, M. C., & Souza, M. (2014). Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer. *Revista Kairós-Gerontologia*, 17(2), 69-86. Recuperado em 11 julho, 2015, de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19735>.

Silva, T. M., Nakatani, A. Y. K., Silva, A. C. S., & Lima, M. C. S. (2007). A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 64-78. Recuperado em 10 julho, 2014, de: Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a05.htm>.

Yamamoto, A., & Diogo, M. J. D. (2002). Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev Lat Am Enferm*, 10(5), 660-666. Recuperado em 10 julho, 2014, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500006>.

Yamazaki, A. L. S., & Ferreira, E. G. (2013). Identificação dos fatores de risco relacionados a quedas em idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde e Pesquisa*, 6(1), 93-98. Recuperado em 20 junho, 2014, de: <https://docplayer.com.br/36987291-Identificacao-dos-fatores-de-risco-relacionados-a-quedas-em-idosos-inseridos-na-estrategia-saude-da-familia.html>.

Recebido em 30/04/2018

Aceito em 30/06/2018

Luzia Wilma Santana da Silva - Professora MS, Ph.D. em Enfermagem, Titular do Depart. de Saúde II/Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB). Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coord. do Programa NIEFAM.

E-mail: LuziaWilma@yahoo.com.br

Tiele Pires dos Santos - Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Especialista em Emergência e UTI pela Fundação Visconde de Cairu. Membro Colaborador do Programa NIEFAM. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital, Jequié, Brasil.

E-mail: tiele.pires@hotmail.com