

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR
DE IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR**

RICARDO MAZZON SACHETO

**JEQUIÉ/BA
2013**

RICARDO MAZZON SACHETO

**REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR
DE IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital.

Orientadora: Prof^a. DSc. Maria Adelaide Silva Paredes
Moreira

**JEQUIÉ/BA
2013**

S126 Sacheto, Ricardo Mazzon.

Repercussões na dinâmica familiar de idosos com fratura de fêmur / Ricardo Mazzon Sacheto. - Jequié, 2013.
60p.: il.; (30cm). (Anexos)

Dissertação (mestrado) – apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Orientador: Profª. DSc. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

1.Idosos 2.Família – Idosos (Fatura do fêmur) 3.Enfermagem I. Título

CDD – 362.6

SACHETO, Ricardo Mazzon. **Repercussões na dinâmica familiar de idosos com fratura de fêmur**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2013.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Prof^ª. DSc. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia– UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Prof^ª. DSc. Antonia Oliveira Silva
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. DSc. César Augusto Casotti
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

JEQUIÉ/BA
2013

Dedico este trabalho à minha mãe (sempre presente) e ao meu pai, pelo dom da vida, pelos ensinamentos morais e éticos, pelos exemplos, por tudo que sou, pelos incentivos constantes à prática do bem, pelo respeito e amor aos idosos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado a tranquilidade e serenidade nos momentos mais difíceis, por todas as bênçãos e graças alcançadas, que continue sendo o norte de minha vida!

À **UESB** e ao **PPGES**, por ser minha segunda casa, que proporcionou meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

À minha professora e orientadora **Adelaide**, que soube compreender minhas dificuldades e limitações, pela sua disponibilidade, dedicação e confiança nos momentos mais difíceis, pelas suas contribuições e conhecimento, e por me mostrar o caminho a ser trilhado para a conclusão desse trabalho, muito obrigado por tudo!

Aos **professores Luiz Fernando Rangel Tura e Antonia Oliveira Silva**, por suas contribuições imprescindíveis à conclusão desse trabalho, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação à docência/pesquisa científica, verdadeiro norte a ser seguido!

Ao **professor César Casotti**, por ter aceitado compor a banca sem titubear, pelo zelo e dedicação com o programa, pela sua sabedoria em dirimir conflitos, pelo exemplo de profissional, por compreender os meus problemas, pela amizade e força quando foi preciso, bem como pelos “puxões de orelha” quando foram necessários.

Aos **professores(as) do PPGES**, pelos conhecimentos transmitidos de maneira tão competente, pela disponibilidade, compromisso e atenção com todos nós, mestrandos, que Deus os abençoe sempre!

À **professora Alba Benemerita**, pelos conselhos, compreensão, amizade e apoio em momentos difíceis, assim como pela disponibilidade e compromisso com a função docente, muito obrigado por tudo!

À **professora Marizete Argolo**, por sua amizade de sempre, pela sua dedicação e vocação à arte de ensinar, pelas suas contribuições e preocupação com este trabalho, pelo carinho e disponibilidade com que sempre me recebeu, pelo incentivo nos momentos críticos, meus sinceros agradecimentos!

À **professora Adriana Nery**, por sua amizade, apoio, contribuição e incentivo para que eu pudesse fazer parte do PPGES, muito obrigado por tudo!

Ao **professor Fábio Ornellas**, por sua contribuição e luz guia em um momento fundamental, muito obrigado!

A todos os **colegas de turma do PPGES**, em especial à **Henika Priscila, Charles, Juliana Oliveira (Juliana “grande”), Juliana Pinheiro (Juliana “pequena”), Doane, Tatiane, Moema, Wanderley Júnior e Ramon Missias**, sem vocês, com certeza, eu não teria chegado até aqui.

À minha amiga, madrinha e colega **Karlla Bispo**, por tudo que sempre fez por mim nos momentos mais importantes de minha vida, com méritos pelas minhas recentes conquistas, pelo apoio, compreensão, força, carinho, solidariedade, disponibilidade, por ser minha irmã de coração, enfim, por tudo mesmo, o meu muito obrigado sempre!

Ao meu amigo **Márcio Lobo**, pelo incentivo nos momentos críticos e decisivos desta jornada, pela preocupação e contribuição para este trabalho, pela força, carinho e atenção sem medir esforços de horário e lugar, pela amizade de sempre, valeu por tudo mesmo!

Aos meus amigos **Washington Silva Santos e Márcio Costa**, pelas contribuições nesse trabalho e força nos momentos que foram fundamentais, trazendo luz para meu caminho, o meu muito obrigado!

Aos **colegas da UFPB**, em especial à **Luípa**, pela acolhida, receptividade e atenção que prestaram em um momento crítico deste trabalho.

Aos **funcionários do PPGES**, em especial à **Neilma**, pela forma gentil com que realizam seus trabalhos, pela paciência e acolhimento a nós mestrandos.

Aos **funcionários do HGPV**, em especial ao meu amigo/dindo/irmão **Ézio**, da AIH, pela força e conselhos de sempre, e **Robson**, do SAME. Agradeço a vocês pela forma como fui acolhido e por terem facilitado, viabilizado e auxiliado no levantamento dos dados, tornando possível o prosseguimento deste trabalho.

Aos **cuidadores dos idosos** que aceitaram participar desse estudo, pela sua contribuição com o meio científico e acolhida em seus lares, que Deus os abençoe para prosseguir com tão nobre função!

Enfim, acima de todos os que a estes precederam, aos meus pais **Paulo Francisco Sacheto** e **Maria Zeli Mazzon Sacheto** (*in memoriam*), por todos os ensinamentos, por toda força ao longo de minha vida, por tudo que sou e tenho, pela minha formação, que foi necessária para que pudesse chegar até aqui, a vocês devo minha vida e minha eterna gratidão! Amo-os muito!

Ao meu amor, **Laila**, por ter suportado os momentos mais difíceis desta jornada ao meu lado, pelo seu carinho, amor, companheirismo e compreensão, sem a qual esta etapa teria se tornado muito mais pesada. Obrigada por ser fonte de motivação e inspiração para minha vida! Te amo!

À minha família, especialmente aos meus irmãos **Fabio** e **Luciana**, e meus irmãos de coração **Keila** e **Jorge**, muito obrigado por estarem sempre ao meu lado, em todos os momentos da minha vida, torcendo por mim e sendo verdadeiros exemplos a serem seguidos. Amo vocês!

*“Há um tempo certo para cada propósito
debaixo do céu:
tempo de nascer e tempo de morrer,
tempo de plantar e tempo para colher o que se
plantou,
tempo de matar e tempo de curar,
tempo de derrubar e tempo de construir,
tempo de chorar e tempo de rir,
tempo de prantear e tempo de dançar,
tempo de espalhar pedras e tempo de juntá-las,
tempo de abraçar e tempo de se conter,
tempo de procurar e tempo de desistir,
tempo de guardar e tempo de jogar fora,
tempo de rasgar e tempo de costurar,
tempo de calar e tempo de falar,
tempo de amar e tempo de odiar,
tempo de guerrear e tempo de viver em paz”.*
(Eclesiastes 3: 1 – 8)

RESUMO

A redução da taxa de natalidade associada ao aumento da longevidade levou a um aumento significativo da população de idosos. Esse grupo etário é acometido por várias doenças crônicas e degenerativas que contribuem para uma diminuição da capacidade funcional, tendo como consequência um grande número de idosos acometidos por fraturas de fêmur, interferindo tanto na saúde desses idosos, como em sua dinâmica familiar. Dessa forma, este estudo objetivou analisar as repercussões na dinâmica familiar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur a partir de suas representações sociais. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, embasado na Teoria das Representações Sociais, realizado com onze familiares de idosos acometidos por fraturas proximais de fêmur – FPF, oriundos de um Hospital Público e de uma Clínica Privada na cidade de Jequié-Bahia/Brasil. Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os cuidadores familiares dos idosos acometidos por FPF. Os dados advindos dessas entrevistas foram processados e analisados com auxílio do *software* Alceste 2010. A análise apontou cinco classes semânticas: funcionalidade de idosos; aspectos técnicos do cuidado; conflitos intrafamiliares; tipos de cuidado com o idoso; dificuldades frente à reabilitação. Verificou-se que os familiares que atuam como cuidadores primários passam por enfrentamentos a partir da FPF no idoso, ao passo que esta gera necessidades de realização de cuidados técnicos, com consequentes dificuldades a serem vivenciadas por essas pessoas durante o período de reabilitação. Esse processo tende a motivar e/ou acentuar conflitos intrafamiliares, bem como também podem gerar um cuidar mais humano com o idoso. O cenário em que essas pessoas estão inseridas influencia de forma negativa sua qualidade de vida, bem como alteram suas dinâmicas familiares, com aspectos negativos e positivos expressados com a experiência vivida. Esses resultados podem servir para compreendermos as necessidades dessas famílias, bem como refletirmos sobre nossas ações e pautar nossas práticas para uma promoção e educação em saúde mais humanizada.

Palavras-chave: Idosos; Fratura de Fêmur; Família; Enfermagem.

ABSTRACT

The reduction in the birth rate associated with increased longevity led to a significant increase in the elderly population. This age group is affected by various chronic and degenerative diseases that contribute to a decrease in functional capacity, resulting in a large number of elderly patients with femoral fractures, affecting both the health of the elderly, as in family dynamics. Thus, this study aimed to analyze the effects on the family dynamics of families of elderly patients with fractures of the proximal femur from its social representations. This is an exploratory study with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, conducted with eleven relatives of elderly patients with fractures of the proximal femur – FPF, resulting from a public hospital and a private clinic in the city of Jequié-Bahia / Brazil. The data collection was semi-structured interviews were conducted with family caregivers of elderly patients with FPF. The data obtained from these interviews were processed and analyzed using the software Alceste 2010. The analysis revealed five semantic classes: functionality elderly; technical aspects of care; family conflicts; types of care for the elderly; difficulties facing the rehabilitation. It was found that family members who act as primary caregivers undergo confrontations from the FPF in the elderly, while this creates the need for conducting technical care, with consequent difficulties being experienced by these people during the rehabilitation period. This process tends to motivate and / or exacerbate domestic conflict, and can also generate a more humane care for the elderly. The scenario in which these individuals are embedded negatively influences their quality of life as well as change their family dynamics, with negative and positive aspects expressed with the experience. These results can be used to understand the needs of these families, as well as reflect on our actions and orient our practices for a promotion and health education more humanized.

Keywords: Elderly; Femur Fracture; Family; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente	40
Figura 2. Esquema sinóptico das repercussões das FPF em idosos para si e para sua família	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos segundo sexo, faixa etária, religião, escolaridade e ocupação.....	38
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 1	41
Quadro 2. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 2	43
Quadro 3. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 3	45
Quadro 4. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 4	48
Quadro 5. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 5	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ALCESTE – Análise Lexical Contextual de Conjunto de Segmentos de Textos

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

FPF – Fraturas Proximais de Fêmur

HGPV – Hospital Geral Prado Valadares

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PPGES – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde

SAME – Serviço de Auxílio Médico Estatístico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE – Unidades de Contexto Elementares

UCI – Unidades de Contexto Iniciais

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	16
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
CAPÍTULO II	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 DINÂMICA FAMILIAR COM IDOSOS VÍTIMAS DE FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR.....	23
2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	26
CAPÍTULO III	30
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
3.4 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	32
3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....	33
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	34
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	34
CAPÍTULO IV	36
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4.1 OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	37
4.2 A FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS E SUAS REPERCUSSÕES NA VISÃO DE SEUS CUIDADORES	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	61
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
ANEXOS	65
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB	66

CAPÍTULO I

“A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”.

(Paulo Freire)

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O fruto do avanço tecnológico e das técnicas terapêuticas, associados à melhoria das condições de vida, culminou com a vitória da longevidade e com a diminuição da taxa de mortalidade, ideias que estão de acordo com o texto fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. Entretanto, esse aumento da longevidade pode gerar preocupações, principalmente para os países em desenvolvimento, que ainda estão despreparados no que diz respeito às suas políticas sociais e de saúde que abarquem de maneira eficaz o aumento significativo das demandas dos idosos, bem como suas necessidades, as quais, de acordo com Waidman e Elsen (2004), possuem características multifacetárias e individuais, como alimentação, excreção, lazer, trabalho, higiene, saúde, entre outras.

Em termos estatísticos, o percentual de aumento populacional de idosos foi o que mais cresceu no mundo nos últimos anos (ZORNITTA, 2008), com uma projeção de que o número de pessoas idosas venha ultrapassar o de crianças em 2050, com o Brasil vindo a ocupar o sexto lugar no mundo no total desse grupo populacional (RODRÍGUES-WONG; CARVALHO, 2008).

O censo de 2010, realizado pelo IBGE, demonstra que no período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos, no conjunto total da população brasileira, passou de 9,1% para 11,3%. Esses números ganham vida quando podemos visualizá-los em termos quantitativos para o ano de 2010, em que o total da população idosa pode ser constatado, sendo 20.590.599 pessoas idosas para o Brasil, 5.456.177 para a região Nordeste, 1.451.206 para o Estado da Bahia, e, finalmente, 17.330 para o município de Jequié, o qual constitui o município onde este estudo foi desenvolvido (IBGE, 2010).

Entretanto, essa conquista do avanço na longevidade tem suas repercussões para o nosso corpo. Dentre estas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) causam, além da incapacidade de realizar atividades de vida diária normalmente, dores que se tornam cada vez mais exacerbadas. Vencer a barreira do tratamento conservador dessas patologias e criar um processo de cuidar focado na prevenção constitui um desafio que poderia melhorar as condições orgânicas para uma velhice mais saudável,

com as “dores da vida” diminuídas ou eximidas com o bom uso do corpo, o que traria uma nova perspectiva para esta etapa (VERAS, 2009).

Quando negligenciamos a adoção de políticas e ações preventivas para um envelhecimento mais saudável e assistido, elevamos o risco de quedas e fraturas de fêmur entre os idosos, as quais possuem potencial elevado em determinar incapacidades e limitações físicas graves nessas pessoas, desencadeando repercussões em sua independência funcional, bem como na dinâmica de sua família (RIBEIRO *et al.*, 2008), a qual deverá estar presente durante o processo de reabilitação.

Vários são os fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas idosas, e, entre eles, a independência funcional é crucial para que estas possam desenvolver suas atividades de vida diária e sociais com maior vigor e estímulo (RIBEIRO *et al.*, 2008), constituindo, destarte, um fator preponderante para levar a vida com prazer.

Torres *et al.* (2009) afirmaram que a capacidade funcional é constituída pelo conjunto de habilidades que um indivíduo possui para realizar suas atividades físicas e mentais, que são indispensáveis para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, como o ato de vestir-se, tomar banho, manter a continência, caminhar, preparar refeições, realizar faxina, fazer compras, entre outras.

Guimarães *et al.* (2004) alegaram que a capacidade funcional, principalmente no que tange a dimensão motora, é um dos marcadores mais importantes para um envelhecimento bem sucedido e para a qualidade de vida dos idosos. Outro dado de relevância demonstrado foi que cerca de 10% da população com mais de 75 anos perde sua independência funcional em uma ou mais atividades básicas da vida diária, como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, e outras formas de higiene pessoal.

Assim, fatores limitantes como as DCNT e a perda gradativa funcional dos diversos sistemas do corpo levam o idoso a uma diminuição de sua capacidade funcional, com alterações do equilíbrio corporal, o que serve de base para o aumento do risco de quedas (ALFIERI; DE MORAES, 2008). Associado a estes aspectos, outros fatores relevantes que podem causar as quedas são o uso de medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes e os riscos do próprio lar (BARBOSA; NASCIMENTO, 2001).

As causas preponderantes que originam as quedas entre os idosos, as quais abarcam a fratura proximal de fêmur (FPF) como sua principal consequência, podem estar ligadas a fatores intrínsecos – a exemplo das DCNT, do processo de envelhecimento e do uso de diversos medicamentos –, ou extrínsecos – relacionados às circunstâncias ambientais e sociais que os idosos enfrentam em seus domicílios ou fora deste, como presença de piso escorregadio ou tipo de calçado utilizado (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Sakaki *et al.* (2004) afirmaram que um dos resultados das quedas entre idosos são as FPF em seus diversos níveis, que constituem uma das causas de maior impacto para a perda da capacidade funcional nestes, acarretando em limitações físicas, sociais e, conseqüentemente, emocionais, com necessidade de período prolongado de restrição ao leito, além de ser uma das causas responsáveis pelo alto índice de mortalidade dessa população. Ainda enuncia como as principais causas da alta incidência destas fraturas na faixa etária acima dos 65 anos a instalação da osteoporose, bem como uma maior incidência de quedas nesta faixa etária.

Muniz *et al.* (2007) realizaram um estudo retrospectivo com a caracterização dos idosos acometidos por FPF e citaram que cerca de 50% dos idosos acometidos por tal lesão podem não voltar a deambular, com 25% necessitando de tratamento domiciliar de longo prazo, dados que evidenciam a atenção prolongada que será direcionada durante o processo de reabilitação.

Araújo, de Oliveira e Bracco (2005) estimaram que o custo médio para o tratamento de uma FPF no Brasil esteja em torno de US\$5.500, sem especificar se este valor corresponde ao SUS, ou ao Sistema de Saúde Suplementar. Isso sugere um custo elevado dessas fraturas para o Sistema de Saúde quando ligados a dados estatísticos de sua incidência na população idosa, o que eleva a importância de programas voltados para a prevenção de quedas em idosos.

O Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011, abordou essa temática que acomete a funcionalidade dessa população, tendo adotado como Prioridade I a Saúde do Idoso, utilizando como indicador a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur. O mesmo teve como objetivos a serem alcançados a

promoção da formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na área da pessoa idosa. Além disso, também se preocupou com a capacitação de cuidadores e oficinas para prevenção de quedas e osteoporose (BRASIL, 2009).

Essas medidas ratificaram a necessidade de atenção com a saúde do idoso e de sua família, principalmente quando inseridos num contexto de limitação funcional grave, como a ocasionada por uma fratura de fêmur. Assim, diversas situações relacionadas à interação familiar destes indivíduos que apresentam FPF e, conseqüentemente, limitações para realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) – como deitar-se ou levantar-se da cama, usar o vaso sanitário, comer, vestir-se ou despir-se, tomar banho e atravessar um cômodo da casa –, podem alterar consideravelmente a dinâmica e a qualidade de vida de sua família, uma vez que estes familiares tenderão a se (re)organizar para um (re)direcionamento de cuidados ao idoso dependente (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Dentro desse contexto que estão inseridos os familiares dos idosos vítimas de FPF, baseamo-nos na Teoria das Representações Sociais (TRS), fundamentada por Moscovici (1978), para buscar compreender as repercussões na dinâmica dessas famílias.

A relação de causa-consequência, estabelecida pela presença da FPF no idoso e suas implicações para os familiares que irão atuar como cuidadores, quando estudada através da TRS, busca aprofundar o conhecimento acerca da relação recíproca existente entre o indivíduo e a sociedade, no intuito de compreender como este pensa, age e sente em relação às suas experiências pessoais e coletivas (OLIVEIRA, 2004). Esse fato poderá contribuir para um entendimento acerca dessa vivência sob a ótica dos familiares desse grupo de idosos, representando os possíveis enfrentamentos, bem como os aspectos positivos e negativos presentes no ato de cuidar.

Diante do exposto, o interesse em estudar as repercussões na dinâmica familiar de idosos com fratura de fêmur, dentro da perspectiva dos cuidadores familiares desses idosos, iniciou com minha trajetória como fisioterapeuta, quando pude ter contato, tanto em ambiente hospitalar como ambulatorial, com familiares de idosos vítimas de FPF, quando também presenciei e ouvi relatos acerca das dificuldades impostas por

essa lesão durante a fase de reabilitação. Essa percepção encontrou justificativa com a crescente preocupação dos profissionais de saúde, com apoio do Ministério da Saúde em suas políticas públicas, pela saúde dos idosos e seus cuidadores, como o Pacto Pela Saúde 2010/2011, reforçado pela alta frequência de quedas de idosos, tendo as FPF como uma das graves consequências, e, ainda, devido à falta de estudos que aborde essa temática à luz da TRS.

Assim sendo, com o propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos acerca dessa temática, questionamos: Quais as repercussões na dinâmica familiar segundo as representações sociais de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur?

Para responder a este questionamento, este estudo tem o objetivo de analisar as repercussões na dinâmica familiar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur a partir de suas representações sociais.

CAPÍTULO II

“A leitura de um bom livro é um diálogo incessante: o livro fala e a alma responde”.

(André Maurois)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DINÂMICA FAMILIAR COM IDOSOS VÍTIMAS DE FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR

A abordagem acerca das FPF em idosos nos levou a refletir acerca das complicações que esta lesão poderá acarretar para o idoso, assim como para os familiares próximos que deverão atuar em conjunto com estes durante o processo de reabilitação, com possíveis comprometimentos da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos, seja o idoso ou seus familiares.

Dentro desse contexto, definir qualidade de vida no mundo contemporâneo é uma tarefa um tanto quanto complexa, visto as transformações que a sociedade moderna vem sofrendo ao longo dos anos. Assim, a compreensão acerca desse tema adquire uma característica multifacetária, englobando diversos aspectos, como as dimensões do bem-estar físico, emocional, familiar, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, que, quando interligados, mantém o indivíduo em equilíbrio consigo e com o mundo em torno de si (TORRES *et al.*, 2009). Desse modo, este conceito pode ser entendido como algo subjetivo, que poderá variar em cada um, de acordo com o meio em que está inserido, com seus sonhos e aspirações pessoais.

Quando abordada no contexto familiar, os aspectos que caracterizam a qualidade de vida poderão extrapolar os interesses pessoais e passarão a uma esfera coletiva. Zani (2007) nos mostra que *é a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus integrantes*. A mesma autora expressa que é no seio familiar que estão concentrados os valores éticos e humanitários, e que a solidariedade entre os seus constituintes é aprofundada. Assim, a família, célula-mãe da sociedade, compõe o eixo principal de suporte ao idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na atual contemporaneidade (REDANTE *et al.*, 2005).

Nesse sentido, podemos inferir que a relação existente entre os integrantes de uma família vai além dos laços consanguíneos (MAZZA; LEFÈVRE, 2005) e que o processo inerente ao cuidado exige muito mais que uma simples execução de tarefas, além de depender da disponibilidade, comprometimento, dedicação e afetividade de quem cuida para com o ente a ser cuidado (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

O significado de cuidar de um idoso na perspectiva familiar possui aspectos negativos e positivos. Dentre os negativos, destacam-se relatos do ato de cuidar como sendo uma tarefa difícil, cansativa, de grande responsabilidade, que exige dedicação, coragem, e, acima de tudo, muita paciência e força de vontade, denotando aspectos que caracterizam a sobrecarga do cuidador, ausência de apoio social e a possibilidade de estes cuidadores se encontrarem em processo de envelhecimento; os aspectos positivos foram relacionados a sentimentos que justificam o ato de cuidar como uma tarefa a ser realizada com muito amor, atenção, carinho, que são influenciados pelo reconhecimento, obrigação e dever, que estão associados aos bons momentos vivenciados junto ao idoso, além de poder ser uma oportunidade de retribuição pelos sentimentos somados ao longo da trajetória de vida entre o idoso e o cuidador (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Numa situação em que o idoso mora só e realiza todas as suas atividades de vida diária de forma independente, e ainda mantém um convívio social salutar entre os vizinhos, quando passa para uma situação de restrição total ao leito devido a uma lesão grave como a FPF, torna-se limitado funcionalmente, privado de todas as atividades que outrora desempenhava sem muitas dificuldades, e, ainda, necessita de cuidados especiais para prosseguir com sua vida. A partir desse evento crítico, a família (ou o cuidador) deverá ser o alicerce que fornecerá todo o amparo necessário durante esse momento crítico, enquanto for necessária a assistência, com vistas à reabilitação da capacidade funcional e ganho da independência do idoso.

Silva (2007) evidencia esse papel fundamental da família ao idoso dependente, em que destacamos o seguinte trecho:

[...] haverá um redirecionamento dos cuidados à saúde individual, pois é na sua dinâmica de relações intrafamiliares e no seu contexto mais amplo que se promove o processo saúde-doença, no qual busca, no meu entender, readaptar-se às mudanças necessárias para o bem-estar familiar no processo de viver humano (p.31).

Destarte, independente da configuração familiar do idoso, em uma circunstância de doença grave, como é o caso da FPF, a família deverá atuar de forma a reestruturar sua dinâmica e se readaptar a essa nova fase, buscando amparar o ente acometido durante o longo processo de reabilitação.

As dificuldades geradas no ambiente familiar do idoso funcionalmente dependente, a exemplo de quando este é acometido por uma FPF, possuem diversos aspectos: necessidade de realização de atividades técnicas e paramentais de cuidado; aluguel de cadeira de rodas e/ou andadores; necessidade de acompanhamento profissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, entre outros); gastos com medicamentos; utilização extra de material de higiene pessoal e limpeza. Associados a esses, há as atividades que são peculiares ao processo do cuidar humano, como dar banho, cuidar da alimentação, trocar roupas pessoais e de cama, realizar transferências, entre outros (MAZZA; LEVÈFRE, 2005; REDANTE *et al.*, 2005; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Além desses fatores, ainda podemos citar a sobrecarga do processo de cuidar focado mais sobre uma pessoa da família, a necessidade de readaptação do horário de trabalho para estar com o idoso, o enfrentamento de dificuldades nas relações interpessoais entre o cuidador e o idoso, e o medo de complicações da saúde do ente querido, agravado pela possibilidade da perda (MAZZA; LEVÈFRE, 2005; REDANTE *et al.*, 2005; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Logo, esse tipo de fratura poderá atuar como um agente transformador na vida do idoso, uma vez que este poderia viver sua vida de forma independente antes da lesão e, depois de instalada, haverá repercussões tanto para si quanto para sua família. Redante *et al.* (2005) corroboram esse pensamento quando afirmam que “a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados”.

Mazza e Lefèvre (2005) verificaram que os cuidadores dos idosos tratam-no com respeito e dignidade, embora se sintam, muitas vezes, desencorajados pelo desgaste da função e pelas dificuldades que precisam enfrentar em seus trabalhos, sem uma ajuda ou respaldo, solitários e desprovidos de toda atenção familiar ou profissional.

Da mesma forma, no caso das FPF, nem sempre a família tem conhecimentos, ou estes são transmitidos de forma ineficiente para dar prosseguimento com o cuidado adequado ao idoso em processo de reabilitação deste tipo de lesão (MONTEIRO; FARO, 2006). Essa falta de conhecimento nos cuidados mais simples, como a forma correta de realizar a transferência e mobilizar o idoso acamado, podem gerar grandes transtornos na família (WAIDMAN; ELSÉN, 2004). Com isso, é fundamental buscarmos melhorar essas relações interpessoais e profissionais entre agentes de saúde, cuidadores e idosos.

As atuais políticas públicas de nosso país ainda são insuficientes para abarcar todas as camadas sociais, marginalizando e excluindo as mais pobres e carentes, em que os idosos estão incluídos (MAZZA; LEFÈVRE, 2005). Duarte, Lebrão e Lima (2005) verificaram que em nenhuma sociedade estudada mais do que 10% dos idosos se encontravam institucionalizados. Porém, as modificações estruturais das famílias, que estão cada vez mais nucleares, podem contribuir para uma carência assistencial dos idosos mais incapacitados. Esse dado demonstra a importância de compreender os contextos familiares, pois será nesse meio que os idosos irão encontrar a fonte de auxílio para suprir suas necessidades, principalmente nos casos de perda da independência e da capacidade funcional.

Portanto, essas fraturas constituem um grave problema de saúde do idoso e sua família, o que implica na necessidade de investigações que preencham as lacunas do conhecimento e colaborem para a compreensão das repercussões na dinâmica familiar de idosos vítimas de FPF.

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para Jodelet (2001), a Teoria das Representações Sociais (TRS) pode ser entendida como uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

O cuidar do idoso com FPF possibilita a construção de representações sociais, tanto por familiares quanto pelo próprio idoso, no período de reabilitação dessa lesão, que são elaborados e compartilhados socialmente ao longo desse processo de cuidar.

Na busca de entender os aspectos subjetivos presentes no cuidado prestado, a opção pela TRS é uma contribuição importante já que possibilita a compreensão desses aspectos envolvidos na prática desse cuidado à busca de compreender também conteúdos e processos presentes e responsáveis pelo pensamento social capazes de oferecer às pessoas envolvidas um código para trocas e outro para nomear e classificar de modo unívoco realidades sociais próprias dos seus mundos e de suas histórias pessoais e coletivas, por meio de regras próprias, considerando consensos e conflitos (MOSCOVICI, 1978).

Para Moscovici (1978) as representações sociais compreendem conceitos, proposições e explicações originadas da vida cotidiana, que ocorrem mediante a comunicação intra e intergrupo, consideradas como uma noção contemporânea do senso comum.

Estudo realizado por Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) sobre envelhecimento preconiza a importância da TRS para investigar e explicar a relação indivíduo e sociedade, salientando as tomadas de posições das pessoas frente às diversas situações do cotidiano, considerando suas práticas compartilhadas em seus grupos de pertencimentos. Herzlich e Pierret (1991, p.28) apontam a representação social como um princípio que possibilita compreender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade, e esclarece alguns aspectos de sua aproximação pela sociedade a partir de debates e de conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores.

A TRS vem sendo aplicada em diversas áreas das ciências, fornecendo um corpo de conhecimento significativo na área da saúde, o campo representacional de grupos sociais sobre diferentes objetos de estudo (MOREIRA; OLIVEIRA, 1998). No campo da saúde, torna-se relevante explorar as representações sociais relacionadas à doença e ao corpo, devido à diversidade da construção social e simbólica do homem enquanto sujeito, a partir da percepção do senso comum (JODELET, 1998).

Pesquisa realizada por Herzilich (2005) salienta a importância da utilização das representações sociais no estudo sobre a saúde e a doença, abordando como a mudança

de valores, de normas sociais e de modelos culturais é pensada e vivenciada pelos indivíduos de nossa sociedade, assim como ocorre essa elaboração e estrutura lógica e psicológica e as imagens atribuídas a esses objetos (saúde e doença).

As representações contribuem para a compreensão das concepções formuladas sobre diferentes objetos como determinantes capazes de justificarem a adoção ou não de determinados comportamentos frente ao objeto de representação. Para Herzlich (2005) uma representação funciona como um sistema que possibilita interpretar a realidade, formados por processos sociocognitivos que guiam as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, determinando suas condutas e seus comportamentos em seu grupo social.

Segundo Moscovici (2007), as representações sociais ocorrem a partir de dois processos, que estão dialeticamente relacionados: a *objetivação* e *ancoragem*.

A *objetivação*, para o referido autor, consiste em transformar uma noção abstrata em algo concreto, por meio da materialização das abstrações e corporificação dos pensamentos, tornando-o palpável e objetivo, com a finalidade de reproduzir algo não familiar em algo que pode ser compreendido e controlado.

A *ancoragem*, por sua vez, pode ser definida como as âncoras de sustentação de uma representação. Ocorre simultaneamente à objetivação, contribuindo para a contextualização dos objetos no mundo real, por meio da classificação de informações sobre um objeto social em relação a estruturas de conhecimentos já existentes, ligando, assim, as representações a uma memória coletiva e à contextualização histórica.

Estudos utilizando o aporte teórico das representações sociais possibilitam o entendimento de como idosos e seus familiares compreendem o mundo que os envolve, bem como permitem conhecer campos de sentidos atribuídos à qualidade de vida e de ser idoso portador de uma FPF, além de seu impacto na dinâmica familiar, determinantes de comportamentos daqueles para com este, e suas práticas de cuidar. Tais apreensões poderão contribuir nessa prática guiando avaliações e reavaliações das tomadas de decisões sobre as melhores práticas de cuidar frente à situação do idoso acometido por uma FPF.

Com relação às funções das representações, Abric (2000) relata a existência de quatro, que são essenciais: a *função do saber*, que permite compreender e explicar a

realidade, possibilitando que os atores adquiram conhecimentos, integrando-os a de maneira assimilável e compreensível, de acordo com seu funcionamento cognitivo e valores; a *função identitária*, que define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos, situando-os dentro do campo social, assegurando para as pessoas um lugar primordial nos processos de comparação social; a *função de orientação*, que guia os comportamentos e práticas, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto social; e, por fim, a *função justificadora*, que, posteriormente, possibilita a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, e interfere também na avaliação da ação, admitindo que o sujeito explique e justifique suas condutas em determinada situação ou frente a outras pessoas.

Para esse estudo utilizaremos a vertente processual/dimensões de Moscovici no intuito de aprofundar conteúdos sociocognitivos sobre as possíveis apreensões que justificarão a interpretação e organização dessa realidade – a vivência do enfrentamento de ter um familiar idoso portador de FPF –, com potencial capaz de orientar as práticas dos cuidadores, bem como as nossas, enquanto profissionais atuantes da área de saúde, tornando viável que os indivíduos (familiares) se posicionem em sua realidade social.

Assim sendo, optar pela TRS implica conhecer o que pensa (a natureza ou os próprios conteúdos das representações) o familiar de idoso com FPF sobre as possíveis repercussões na sua dinâmica familiar, por que pensa (funções das representações sociais responsáveis pela dinâmica social) e como pensa (processos ou mecanismos psicológicos e sociais responsáveis pela construção ou sócio-gênese dessas representações ou conteúdos).

CAPÍTULO III

“A coisa mais importante no mundo não é tanto onde nós chegamos, como em qual direção estamos nos movendo”.

(Oliver Wendall Holmes)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Com o foco no objetivo proposto, optamos por um estudo exploratório, de abordagem predominantemente qualitativa, com o intuito de apreender aspectos psicossociológicos acerca da dinâmica familiar de idosos com fratura de fêmur.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Jequié – Bahia – Brasil, que, segundo dados fornecidos pelo censo de 2010 do IBGE, possui uma população de 151.895 habitantes, com o número de pessoas com 60 anos e mais perfazendo um total de 17.330 habitantes (11,10%), sendo 7.447 do sexo masculino e 9.883 do sexo feminino.

Como cenário deste estudo elegemos o ambiente domiciliar de idosos acometidos por FPF, oriundos da clínica cirúrgica do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e das clínicas de fisioterapia do município de Jequié. Segundo dados do Portal de Vigilância da Saúde (2010), o referido hospital é um centro de referência estadual, inserido no SUS, pertencente à rede própria da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, que engloba o atendimento da Microrregião de Jequié, a qual é responsável por 25 municípios, com uma população total de 492.199 pessoas. Possui capacidade para o atendimento de pacientes de alta complexidade, com várias especialidades, destacando-se, entre elas, as cirurgias ortopédicas e traumatológicas.

Associar os dados demográficos da população idosa com o indicador de taxa de internações por fratura de fêmur em idosos no município de Jequié, quando este foi registrado em 10,23 para cada 10.000 habitantes no ano de 2010 (DATASUS, 2011), mostra-nos a importância de voltar nossas atenções para a temática da FPF em idosos e refletirmos sobre as possíveis repercussões que podem ser causadas para esses idosos e seus familiares em decorrência dessa lesão.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram deste estudo os cuidadores de idosos acometidos por FPF, que vivenciaram o período de reabilitação pós-operatório em seu ambiente domiciliar.

Os critérios de inclusão deste estudo foram:

- Ter um familiar idoso acometido por FPF;
- O idoso deverá ter sido submetido a tratamento cirúrgico, oriundo do HGPV ou das clínicas de fisioterapia do município de Jequié;
- O familiar participante deverá ser ou ter sido o cuidador primário do idoso acometido por FPF;
- O familiar deverá aceitar voluntariamente participar da pesquisa e ter condições cognitivas de responder os questionamentos.
- Aceitar as condições contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas;
- O idoso não apresentar histórico de patologia prévia que já o tivesse deixado em condições de dependência funcional anterior à FPF.

3.4 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Este estudo foi constituído por uma amostra intencional de 11 cuidadores familiares de idosos, após ter sido feito um levantamento de 61 pacientes idosos que foram submetidos a tratamento cirúrgico de FPF nos anos de 2011 e 2012, localizados a partir do setor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do HGPV. Em seguida, foram anotados os números de prontuário dos respectivos pacientes, permitindo sua localização junto aos arquivos presentes no Serviço de Auxílio Médico Estatístico (SAME) do HGPV e anotação de seus endereços residenciais. Dessa amostra, 30 pacientes idosos possuíam endereço situado no município de Jequié, dos quais, apenas 10 foram encontrados.

As dificuldades encontradas para a não localização de 20 pacientes selecionados nos prontuários do SAME foram: endereço inexistente; endereço de estabelecimento comercial, como a utilização de um restaurante conhecido no centro da cidade de Jequié; incompletude de dados do endereço, como a falta de número da casa e bairro; local não informado de forma precisa em zona rural de difícil acesso; o fato do idoso não residir no endereço informado; e o idoso ter se mudado de residência, sem informar o novo endereço.

Dos 10 pacientes idosos encontrados a partir dos prontuários do SAME, uma já estava reabilitada funcionalmente, com a cuidadora residindo em Salvador-BA, o que impossibilitou a sua coleta de dados. Duas idosas já apresentavam patologias prévias que a deixaram em situação de dependência funcional grave há mais de 6 meses antes da FPF, tendo sido excluídas suas participações.

Foram localizados outros 4 pacientes idosos submetidos a tratamento cirúrgico de FPF em clínicas de fisioterapia do município de Jequié, que se encontravam dentro dos critérios de inclusão, sendo seus cuidadores selecionados para participação deste estudo.

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Para coleta dos dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, que envolveu variáveis sócio-demográficas e uma questão norteadora única a ser explorada, a saber: *fale sobre as mudanças ocorridas em sua família após a fratura de fêmur sofrida por seu parente.*

A coleta foi realizada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi assegurado sigilo e anonimato, ao tempo em que os participantes, de forma voluntária, cederam os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, bem como autorização para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados empíricos colhidos pelas entrevistas foi realizada com auxílio do *software* Alceste: 2010 (Análise Lexical Contextual de Conjunto de Segmentos de Textos). Este programa permite realizar uma análise textual de forma estatística a partir de um corpus de dados organizado a partir das 11 entrevistas que é feito de forma hierárquica e descendente, permitindo uma análise lexicográfica do material textual, oferecendo contextos que são caracterizados a partir de seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário, que após uma série de outros procedimentos, possibilita sua análise (CAMARGO, 2005). Segundo Camargo (2005), o programa Alceste toma como base um único arquivo (apresentado em formato txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que correspondem ao número de entrevistas (*corpus*) realizadas pelo pesquisador, assim, um conjunto de UCI constitui um *corpus* de análise.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o parecer consubstanciado número 50659, com CAAE 03943412.3.0000.0055, com data de 05 de julho de 2012 (Anexo A), em atendimento a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda a pesquisa em seres humanos, respaldado nos aspectos éticos e legais, por se tratar de pesquisa com seres humanos.

Após esta aprovação, os campos de pesquisa foram oficialmente comunicados, com a intenção de autorizarem o início da coleta das informações e prosseguimento do trabalho. Em seguida, os sujeitos selecionados localizados foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do trabalho, ficando livres suas participações, sendo garantido aos mesmos o sigilo e anonimato, tendo o direito de recusarem participar da pesquisa sem que ocorresse nenhum prejuízo de ordem moral, emocional ou

financeira. Após esses esclarecimentos, os que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

CAPÍTULO IV

“Os homens só podem compreender um livro profundo, depois de terem vivido pelo menos, uma parte daquilo que ele contém”.

(Ezra Pound)

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 OS SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com 11 cuidadores de idosos residentes no município de Jequié-Bahia, distribuídos em categorias conforme dados apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos cuidadores de idosos, segundo sexo, faixa etária, religião, escolaridade e ocupação. Jequié – Bahia/Brasil, 2012 (n=11).

VARIÁVEL	% (n)	
SEXO	Masculino	9,09% (1)
	Feminino	90,91% (10)
FAIXA ETÁRIA	21-30 anos	18,18% (2)
	31-40 anos	18,18% (2)
	41-50 anos	27,27% (3)
	51-60 anos	18,18% (2)
	61-70 anos	18,18% (2)
RELIGIÃO	Católico	63,63% (7)
	Evangélico	18,18% (2)
	Espírita	9,09% (1)
	Não possui	9,09% (1)
ESCOLARIDADE	Ensino fundamental incompleto	27,27% (3)
	Ensino fundamental completo	9,09% (1)
	Ensino médio incompleto	9,09% (1)
	Ensino médio completo	9,09% (1)
	Ensino médio com nível técnico	18,18% (2)
	Ensino superior incompleto	18,18% (2)
	Ensino superior completo	-----
	Pós-graduado	9,09% (1)
OCUPAÇÃO	Desempregado	9,09% (1)
	Do lar	54,54% (6)
	Professora	9,09% (1)
	Atendente	18,18% (2)
	Operador de máquinas	9,09% (1)

Verificou-se, conforme dados apresentados na tabela 1, que a grande maioria dos cuidadores (90,91%) pertencem ao sexo feminino. Esse alto percentual relacionado ao sexo feminino atuando como principal cuidador dos idosos também foi constatado em outros estudos (MONTEIRO; FARO, 2006; NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011), devido este ato de cuidar estar enraizado em padrões culturais e sociais, associando os papéis da esfera do lar às mulheres, mesmo quando estas possuem trabalho fora do ambiente domiciliar.

Também pode ser verificado que os cuidadores dos idosos apresentavam idades entre as faixas de 21-30 anos até de 61-70 anos, estando distribuídos de maneira equilibrada entre essas faixas etárias (18,18%), com discreta predominância para cuidadores entre os 41-50 anos de idade (27,27%). A média de idade dos cuidadores foi de 46, 45 anos, com mediana de 46 e desvio padrão de 13,04. Esses dados demonstram uma variação etária significativa dos cuidadores, com média de idade aproximando-se do estudo de Moreira *et al.* (2011). Vale salientar que em muitos casos estes podem estar vivenciando o processo de envelhecimento e apresentar limitações físicas ou funcionais, agravando ainda mais a sobrecarga física e emocional inerentes ao ato de cuidar (NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011).

Com relação à prática religiosa, pode-se constatar que, dos 11 entrevistados, apenas um (9,09%) afirmou não possuir religião; os 10 cuidadores que afirmaram possuir religião (90,91%), a católica foi a mais professada entre os cuidadores (63,63%), seguida pela evangélica (27,27%) e espírita (9,09%). Esse aspecto de prática religiosa é relevante quando associamos o estado de fé do cuidador como um fator de suporte mental e espiritual para fortalecer e direcionar os cuidados desenvolvidos junto aos idosos (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

No quesito grau de escolaridade, também pode ser observado um equilíbrio entre os diferentes níveis de formação, com discreta tendência dos entrevistados possuírem, no mínimo, o ensino médio completo (54,54%). Essa proporção difere da observada por Nardi e Oliveira (2009), onde a maioria dos cuidadores estudados possuía menos de três anos de estudo. O fator escolaridade é importante no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado ao idoso, uma vez que o cuidador necessita

seguir dietas, prescrições e manuseio de medicamentos, que exigem a capacidade de leitura correta das respectivas receitas e orientações profissionais.

Quanto à ocupação dos cuidadores, seis estavam relacionados com atividades do lar (54,54%), enquanto quatro estavam trabalhando (36,36%), e apenas um se encontrava desempregado (9,09%), estando, dessa forma, voltado exclusivamente para o ato de cuidar. Esses dados correspondem aos encontrados em outros trabalhos (FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009), sugerindo que o ato de cuidar interfere ou impede, de alguma forma, o cuidador de conciliar esta atividade com as extradomiciliares. Esse fato emerge a questão acerca de quanto as políticas públicas de saúde prestam a devida assistência para os cuidadores de idosos com uma incapacidade funcional grave, como a decorrente de uma FPF.

4.2 FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS E SUAS REPERCUSSÕES PARA OS CUIDADORES

Os dados apreendidos pelo *software* Alceste foram constituídos a partir de um *corpus* formado por 11 Unidades de Contexto Iniciais (UCI), com 562 palavras selecionadas correspondendo os segmentos de textos dimensionados pelo programa com um aproveitamento de 77.84% dos dados analisados. Foram descartadas as palavras analisadas pelo programa com frequência inferior a 5.

A análise hierárquica determinou cinco classes ou categorias semânticas interligadas entre si a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), segundo sua relação interclasses, sob a forma de dendograma (Figura1).

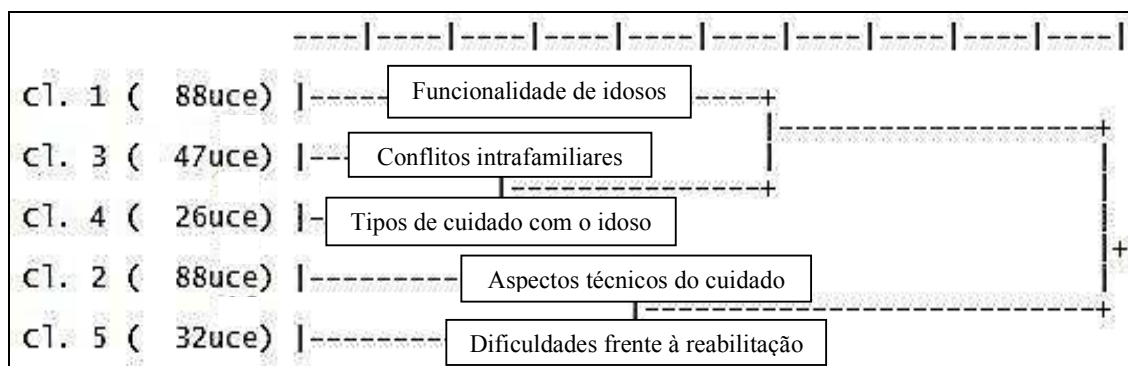


Figura 1. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente. **Fonte:** Alceste, 2013.

Esse dendograma permite estabelecer a relação formada pelas classes/categorias semânticas, representadas a partir das falas dos cuidadores, as quais abordam, no sentido mais amplo, com as repercussões geradas na família de idosos com FPF.

As classes/categorias estabelecidas e representadas pela análise do Alceste permitem visualizar um sistema de causa-consequência formado a partir do nível sócio-cognitivo e das percepções que os cuidadores de idosos acometidos por FPF vivenciaram e apreenderam durante o referido processo de saúde-doença. As experiências vivenciadas proporcionam que esses cuidadores criem suas próprias imagens proporcionadas pelo cenário gerado pela FPF no idoso, ao mesmo tempo em que facilitam a interpretação dessa nova realidade, onde são (re)incorporadas na qualidade de categorias já familiares a esses sujeitos, servindo, dessa forma, de guia de compreensão e norte para as ações e condutas.

A classe/categoria um – Funcionalidade de idosos, é formada por 88 UCE, correspondendo a 31,32% das UCE retidas, com 92 palavras selecionadas, segundo as de maior frequências apresentadas no quadro 1.

PALAVRAS	FREQUENCIA
Antes	12
Caiu	8
Cirurgia	12
Depois	16
Dificuldade	8
Dormia	6
Fazia	9
Ficar(ou)	36
Filha	6
Fratura	6
Fraturadefêmur	26
Hospital	25
Idosa	8
Internada(o)	9
Irmã	10
Levar	5
Manhã	6
Passou	8
Quando	31
Queda	6
Recuperação	5
Teve	22
Tinha	24
Vizinha	5

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 1. **Fonte:** Alceste, 2012.

Essa classe expressa representações de cuidadores com idade entre 20-40 anos e 61-70 anos, com ensino médio incompleto ou médio completo com nível técnico, ocupação de operador de máquinas, as quais abordam aspectos de funcionalidade que o idoso *tinha antes* da *fratura de fêmur*, representada pelas atividades que *fazia* de forma independente, mudando para uma situação de dependência *depois* desta lesão.

*{...} antes da fratura de fêmur, meu pai andava normalmente e trabalhava
 {...} antes de acontecer essa fratura de fêmur minha irmã era uma pessoa forte, não era doente {...} ela resolvia a casa dela, fazia tudo, era uma pessoa muito boa {...} foi difícil, porque antes da fratura de fêmur meu marido andava, ia para a rua, fazia a feira, levava uma vida normal {...} depois que caiu, mudou tudo, porque passou a não andar de jeito nenhum {...}* (Sujeitos: 3; 7; 10).

Para estes cuidadores, o idoso que *teve uma fratura de fêmur* passa por uma transformação em sua vida e de sua família, associando o fator *queda* como o principal mecanismo e agente causador.

{...} ele foi subir em uma escada para trocar uma lâmpada. A escada caiu com ele junto e com isso ele teve a fratura de fêmur {...} minha sobrinha {...} veio para procurar a casa de um sobrinho {...} foi quando ela resolveu ir para encontrá-los e aconteceu a queda {...} ela tinha tentado fazer as necessidades fisiológicas perto da beira da cama, agachada, quando caiu e teve a fratura de fêmur {...} (Sujeitos: 3; 9; 10).

Relatam a *dificuldade* enfrentada pelo idoso e sua família durante o atendimento no *hospital*, abordando o tempo prolongado que este precisa *ficar internado*, aguardando, por vezes com grande fila de espera, a *cirurgia*, que é o principal procedimento adotado no tratamento das FPF.

{...} quando minha irmã se lembra, ela chora, por causa das dificuldades que passou; ela disse que não gosta de lembrar {...} ela passou vinte e oito dias no hospital até a data da cirurgia; depois da cirurgia, ficou aproximadamente mais quatro dias internada {...} ficou vinte dias internada no hospital; eu ficava perguntando quando ela iria fazer a cirurgia, e me respondiam que tinha lista de espera, que iria demorar, porque tinham mais pessoas na frente dela {...} (Sujeitos: 2; 8; 10).

Durante essa etapa, ressaltam a ajuda da família no processo de *reabilitação*, principalmente na figura da *irmã*, em relação ao cuidador ou ao idoso, e da *filha* do idoso.

{...} com quinze dias a irmã dela veio de outra cidade para ficar com ela para me ajudar {...} quando o pessoal veio, todo mundo ajudou, e cada dia a gente fazia uma escala, cada dia um ficava no hospital {...} minhas irmãs tiveram que vir de Salvador; uma dormia e vinha de manhã; a outra ficava durante o dia e depois era minha vez {...} (Sujeitos: 1; 9; 10).

Essas falas tratam, na sua essência, da transformação da vida funcional não apenas do idoso, mas também de sua família, já que a limitação imposta pela FPF determina um redirecionamento dos esforços desta em prol da reabilitação desse idoso, o que é determinante para a alteração da qualidade de vida dos atores sociais envolvidos, conforme situações já verificadas em outros estudos (MAZZA; LEVÊFRE, 2005; REDANTE *et al.*, 2005; ZANI, 2007; ZORNITTA, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011).

Além disso, permitem visualizar a FPF no idoso como um agente de transformação do que era *antes* e do que *passou* a ser *depois*, como algo ruim, negativo, gerando *dificuldades* para o idoso e sua família, levando a um longo processo de *recuperação*.

A **classe/categoria dois – Aspectos técnicos do cuidado** é formada por 88 UCE, correspondendo a 31,32% das UCE retidas, com 99 palavras selecionadas, segundo suas frequências apresentadas no quadro 2.

PALAVRAS	FREQUENCIA
Ajuda(r)	16
Alguém	6
Bem	17
Caso	9
Cima	9
Dinheiro	6
Distrai	5
Errado	7
Família	15
Hora	8
Idoso	15
Lavar	7
Muito	29
Ninguém	7
Papo	5
Passar	5
Pessoa	30
Pior	6
Precisando	5
Principalmente	5
Roupa	6
Sabe	6
Sogra	13
Tomar	5
Trabalhar	5

Quadro 2. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 2. **Fonte:** Alceste, 2012.

A contribuição da formação dessa classe foi por cuidadores do sexo feminino, com idade entre 41-50 anos, religião espírita, com ensino médio completo, que possuem ocupação do lar.

Essa classe traz as representações construídas pelos cuidadores sobre aspectos técnicos (atividades como ministrar a dosagem correta de medicação nos horários determinados) e parentais (recursos utilizados para a limpeza e organização do ambiente em que o idoso está inserido) do ato de cuidar do idoso acometido por FPF. Dentre esses aspectos, podemos citar: atividades como *lavar e passar roupa*; gastos financeiros representados nas falas pela palavra *dinheiro*; conhecimentos técnicos necessários ao cuidador para cuidar com responsabilidade do idoso, de forma a evitar qualquer procedimento tido como *errado* no ato de cuidar, aspectos que também foram constatados em outros estudos (MAZZA; LEVÈFRE, 2005; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011).

Essas atividades citadas de cuidados técnicos estão ligadas comas relações vivenciadas entre o cuidador e a *pessoa* que está recebendo esse cuidado – representada nas falas pela figura do *idoso* ou da *sogra* –, bem como as interrelações estabelecidas com suas respectivas *famílias*, sendo que estas constituem um porto seguro para esses atores sociais envolvidos nesse processo de saúde-doença investigado no presente estudo.

{...} a pessoa que cuida, vai cuidar de tudo, parte médica, levar para o médico, levar para o banco, cuidar de coisas jurídicas, enfim, o cuidar é isso {...} Porque a maioria das vezes você usa aquela água para lavar roupa de urina e fezes do próprio idoso {...} meus irmãos, pai, mãe, estão ajudando. Tem outros parentes que moram fora que dizem que, se precisar de alguma coisa, também ajudam {...} (Sujeitos: 4; 11).

Em seus discursos, os cuidadores abordam a questão da oneração financeira acarretada pelo processo de cuidar, como os custos e gastos extras advindos da FPF, representados no quadro 2 pela palavra *dinheiro*. Este aspecto de aumento de custos financeiros para o cuidador e a família pode ser visto como fator agregador – quando a família se une para divisão de custos –, ou desagregador – quando o cuidador primário fica com os gastos extras para si. Este item é relevante por tratar do suporte financeiro que é necessário para arcar com os custos que advém da FPF no idoso, como os gastos com fraldas, remédios, lavagem de roupas, materiais de higiene e limpeza, entre outros.

{...} em relação aos gastos, a família ajuda {...} com a fratura de fêmur o gasto aumentou bastante, principalmente porque a gente optou por uma alimentação natural, e a família não ajuda {...} mas quem está de fora, não pensa nessas questões dos gastos extras {...} (Sujeitos: 4; 11).

De acordo com os aspectos evidenciados por essa classe, as experiências vivenciadas pelos cuidadores de idosos acometidos por FPF proporcionam objetivar os cuidados técnicos como algo que gera custos financeiros, quando estes cuidados podem servir para agregar ou desagregar a família que teve sua dinâmica alterada em função da reabilitação desse idoso. Ademais, essas imagens formadas, associadas com as atribuições de sentidos, servem para justificar as posturas adotadas pelos cuidadores frente a esses gastos. Porém, as representações sociais elaboradas por esses cuidadores nem sempre são partilhadas por outros indivíduos, representados pela figura de “quem está de fora”, que pertencem a um grupo de pessoas que não vivenciaram a experiência de ter um idoso acometido por uma FPF em seu lar.

A classe/categoria três – Conflitos intrafamiliares, é formada por 47 UCE, correspondendo a 16,73% das UCE retidas, com 80 palavras selecionadas, segundo suas frequências apresentadas no quadro 3.

PALAVRAS	FREQUENCIA
Assinar	5
Comigo	8
Depois	11
Diante	5
Dizer	5
Dizia	6
Estava	21
Falou	9
Filho	12
Irmão	6
Mãe	14
Marido	5
Médico	5
Perguntei(ou)	8
Respondi	12
Sogra	8
Sozinha	5

Quadro 3. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 3. **Fonte:** Alceste, 2012.

Essa classe traz representações acerca dos conflitos intrafamiliares motivados e/ou acentuados pelo evento FPF. Contribuíram para a formação desta classe cuidadores do sexo feminino, que possuem nível fundamental incompleto, idade entre 51-60 anos, de religião evangélica.

As alterações na dinâmica familiar do idoso dependente, como é o caso daquele que é acometido por uma FPF, geram conflitos intrafamiliares, fomentados pelas dificuldades enfrentadas desde o processo de acompanhamento no atendimento de urgência até a fase de reabilitação domiciliar, principalmente devido à sobrecarga sofrida pelo cuidador primário, fato corroborado por outros autores (MAZZA; LEVÊFRE, 2005; REDANTE *et al.*, 2005; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011).

Podemos verificar esses aspectos de tensão no ambiente familiar, principalmente para aquele que assume a responsabilidade de ser o cuidador primário, a partir da falta de assistência de outros membros da família, representados pela figura do *irmão* e do *filho*, para que possam ser divididas as tarefas direcionadas ao idoso dependente, que está representado pela figura da *sogra* e da *mãe*, com a figura do *marido* podendo estar ligada tanto ao familiar como ao idoso. Esses aspectos tendem a gerar situações de conflitos intrafamiliares, por vezes chegando até mesmo à desagregação.

{...} eram vinte e quatro horas direto com minha mãe {...} fiquei o tempo todo com minha mãe e não a deixei abandonada {...} dessa época em diante passei a viver na minha casa e na casa dela, todos os dias na mesma rotina; a partir disso mudei meus hábitos {...} tive que deixar meus filhos a mercê do pai, que virou para mim e falou que iria tomá-los, alegando que eu não estava tomando conta deles, que só estava vivendo para ela {...} (Sujeitos: 2; 6; 11).

Além dos conflitos entre os membros que poderiam exercer a função de cuidador, também pode ser constatada a presença de tensões entre o cuidador e o idoso, antes ou após a FPF, em que as situações vivenciadas por esses atores sociais podem determinar a relação de um cuidar mais afetivo.

Neste estudo, o ato de cuidar do idoso acometido por uma FPF é desenvolvido por um familiar, os quais devem possuir entre si um histórico de relações interpessoais positivas e/ou negativas ao longo de suas vidas, constituindo nesta situação de cuidado

uma chance para modificar um histórico de relações conturbadas, servindo para redesenhar e/ou fortalecerem novos e antigos papéis, conforme também foi verificado em outros estudos (MAZZA; LEVÈFRE, 2005; NARDI; OLIVEIRA, 2009).

{...} ela fazia coisas e dizia que era para pirraçar, para eu mandá-la embora; eu respondia que ela só iria sair da minha casa quando Deus mandasse buscá-la, que a casa era dela; ela olhava para mim e me perguntava se eu iria aguentar {...} a gente já tinha mais de um ano sem contato ou aproximação, nem comigo, nem com o outro filho, nem com meu marido, que é filho dela; fui visitá-la de tanto insistirem; achei um quadro interessante, porque quando cheguei no quarto ela começou a chorar {...} (Sujeitos: 2; 11).

Outro aspecto a ser considerado nessa classe são os maus tratos que os idosos podem estar sendo submetidos, como em uma situação de obrigação para *assinar* um documento que ateste a violência que supostamente o idoso possa ter sofrido de um *filho*, além do próprio ato da agressão em si já constituir um fator grave de violência contra o idoso. Em um caso desses, este idoso pode se ver coagido pela família a prestar depoimento, podendo levá-lo a um estado de depressão, onde as palavras *dizer*, *dizia*, *falou*, *perguntei* e *respondi*, se fazem presentes em um dos discursos.

{...} depois olhou para o oficial e falou que iria assinar, mas que não iria fazer nada com seu filho; minha mãe defendia muito meu irmão, mas ele não queria nada com ela, queria apenas aproveitar {...} o oficial falou que só estava fazendo seu papel, que era para ela assinar para que pudesse ir embora; minha mãe assinou a intimação e, desse dia para cá, abaixou a cabeça e não suspendeu mais {...} respondi que não sabia, que não iria falar que cheguei para ver meu irmão a espancando ou empurrando; minha mãe que passava tudo isso para mim, aquilo que o filho aprontava com ela {...} (Sujeito: 2).

Os aspectos apresentados nessa classe permitem uma compreensão acerca dos conflitos intrafamiliares motivados em decorrência da FPF, com repercussões sobre a qualidade de vida do cuidador familiar primário, principalmente devido à sobrecarga das atividades de cuidar sobre uma pessoa da família.

Nesse contexto, Mazza e Levêfre (2005) abordam essa questão fazendo um paralelo com o atual quadro econômico e social que as famílias estão inseridas, onde as filhas e esposas (consideradas cuidadoras em potencial) têm necessidade de ingressar no mercado de trabalho, gerando um cenário que as impossibilita de manter o idoso sob seus cuidados, o que tende a direcionar o ato de cuidar para apenas uma

pessoa da família, em detrimento de um cuidado familiar mais solidário, com divisão de tarefas entre vários constituintes.

A classe/categoria quatro – **Tipos de cuidado com o idoso**, é formada por 26 UCE, correspondendo a 9,25% das UCE retidas, com 74 palavras selecionadas, segundo suas frequências apresentadas no quadro 4.

PALAVRAS	FREQUENCIA
Banho	9
Cama	6
Comigo	5
Dava	5
Estava	13
Ficava	7
Ortopedista	7
Quarto	5
Tinha	7
Tudo	7

Quadro 4. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 4. **Fonte:** Alceste, 2012.

Essa classe traz representações acerca dos cuidados à pessoa idosa desenvolvidos na relação entre o cuidador e o idoso acometido por FPF. Contribuíram para a formação sujeitos com idade entre 61-70 anos, que possuem nível fundamental incompleto e realizam atividades do lar.

A presença de um idoso fragilizado em uma situação de dependência funcional pode agregar atitudes positivas em seu cuidador, além de sentimentos que determinem um cuidado mais pautado em amor, atenção, carinho, paciência e prazer em cuidar, onde uma pequena melhora funcional do idoso durante a fase de reabilitação da FPF se torna motivo de grande felicidade, aspectos também observados por Nardi e Oliveira (2009).

{...} e a gente com aquele cuidado ao lado dela; o ortopedista dava risada disso; era eu naquele cuidado com ela, sempre acalmando {...} minha mãe ficou de um jeito que ate comida eu colocava na boca dela, igual à criança; ela tomava tudo pelo canudo, e eu naquela paciência; cuidava da minha casa, do meu marido, e o maior carinho eu tinha com minha mãe {...} tudo dela era comigo {...} foi uma felicidade imensa, muita mesmo; ficou assim, não andando totalmente, mas aqueles passos que a gente sabia que estava lá, que estava indo; a coisa estava se elevando, indo para frente {...} (Sujeitos 2; 6; 10).

O cuidado humano inclui atividades como cuidar do idoso na *cama*, levar para o banheiro e *dar banho*, levar para o *quarto*, colocar o idoso na *cama*, enfim, *tudo* que envolva práticas ligadas às interrelações humanas entre o cuidador e o idoso, cercadas e embasadas em noções de responsabilidade, dever, carinho, amor, toque.

{...} meu filho vinha, pegava, levava para o banheiro, dava banho, colocava na cama, como se fosse uma criança; enxugava ela toda, colocava fralda, passava creme, colocava na cama {...} eu dava banho nela, trocava, fazia tudo {...} esse cuidado incluía várias atividades; por exemplo, ela não ia ao banheiro, tudo era feito no leito, como banho, alimentação, as necessidades fisiológicas {...} (Sujeitos: 2; 6; 10).

A imagem do profissional de saúde dentro dessa classe é representada pelo *ortopedista*, que foi responsável pelo procedimento que possibilitou ao idoso acometido por uma FPF a ter uma nova perspectiva de vida, atribuindo a este um significado positivo, que transmite confiança e segurança para o idoso e sua família, levando esperança para essa fase árdua, chegando a ser associada com uma intervenção divina, obra de Deus, com comparação de uma situação de “sair do inferno e ir para o céu”.

{...} hoje em dia o ortopedista me acalenta muito, chegando à reciprocidade; o olhar no olho e dizer que a situação é desse jeito {...} foi quando Deus colocou o ortopedista que fez a cirurgia dela, e a coisa melhorou; parece que a gente estava no inferno e foi para o céu {...} (Sujeitos: 6; 10).

Assim, os aspectos evidenciados nessa classe possibilitam compreender que a tarefa árdua de cuidar de um idoso acometido por uma FPF, mesmo com os percalços inerentes a essa atividade, os quais são fatores determinantes para alteração da qualidade de vida dos envolvidos nesse processo, são capazes de gerar sentimentos positivos nessas pessoas. Isso possibilita a aproximação e união entre os constituintes dessa família, levando a um processo de cuidar mais solidário, afetivo, carinhoso, fortalecendo os elos da célula-mãe da sociedade, nutrindo a esperança de dias melhores para esses idosos e seus entes queridos.

A classe/categoria cinco – Dificuldades frente à reabilitação, é formada por 32 UCE, correspondendo a 11,39% das UCE retidas, com 96 palavras selecionadas, segundo suas frequências apresentadas no quadro 5.

PALAVRAS	FREQUENCIA
Ainda	6
Andar	5
Dar	5
Dificuldade	5
Dor	7
Fazer	7
Ficar	10
Muita(o)	21
Noite	5
Saí	6
Sem	5
Sentindo	5

Quadro 5. Distribuição das palavras mais significativas segundo a frequência na formação da classe/categoria 5. **Fonte:** Alceste, 2012.

Essa classe expressa representações acerca das *dificuldades* enfrentadas na trajetória da reabilitação pelos idosos e seus familiares. A contribuição para a formação dessa classe foi composta por cuidadores do sexo masculino, com idade entre 31-40 anos, que possuem nível fundamental completo, superior incompleto ou pós-graduado, de religião católica ou que afirmou não possuir religião, com ocupação de professor, atendente ou desempregado.

O processo de reabilitação física de um idoso acometido por uma FPF, lesão de caráter incapacitante/limitante, possui enfrentamentos a serem vivenciados tanto pelo idoso como por seu respectivo familiar cuidador, constituindo uma fase cheia de dificuldades, sendo um período que possui aspectos negativos e positivos (MAZZA; LEVÈFRE, 2005; NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Os aspectos negativos se tornam evidentes nas falas dos cuidadores quando estes relatam o sofrimento do idoso por *ainda* estar *sentindo muita dor*, *sem* nada para *fazer*, *sem andar*, o que constitui uma etapa difícil a ser vencida por todos, por vezes sendo associada com a proximidade da morte pelo idoso.

{...} meu pai fica triste, ele chora demais, fala que esta sentindo muita dor, que não vai sarar mais, que vai morrer, essas coisas {...} ainda continua difícil, porque de noite ela não dorme, sente muita dor e fica impaciente, e quer andar de qualquer jeito {...} ele me contou que fica pensando em coisas para tentar se matar; quer dizer, não tem nada para fazer e só fica pensando nisso, querendo morrer, que está dando trabalho, se achando mal tratado {...} (Sujeitos: 3; 8; 11).

Em relação ao familiar cuidador, os aspectos negativos estão ligados à sobrecarga do ato de cuidar, como a falta de alguém da família para *dar* ajuda, sentimento de impotência frente à *dificuldade* imposta pela FPF, figurada pela situação de não ter o quê *fazer* frente ao quadro imposto pela lesão, além de *ficar* privado de *sair* de casa devido à dependência do idoso.

{...} apenas telefona e pergunta coisas sem importância; quando chega aqui, não ajuda nem a dar um banho, nem a trocar; vem chegando e dando ordens. Ninguém da família quer tomar conta {...} meu pai sofre demais, sofre muito; não só ele como todo mundo; ele sente muita dor; é muito triste ver o pai na cama, sofrendo de dor e a gente sem poder fazer nada {...} para mim mudou muita coisa, porque não posso sair {...} (Sujeitos: 3; 4; 7).

Os aspectos positivos relatados nas falas dos cuidadores evidenciam a esperança da reabilitação física e retorno às atividades de forma independente, representada pela imagem do idoso sendo capaz de *andar*.

{...} mas ainda temos esperança de que ele volte a andar {...} há pouco tempo ele esperava eu chegar do trabalho para dar banho, mas agora que está melhor não quer mais e vai ao banheiro sozinho {...} estou correndo atrás do que ela quer, que é ficar bem, ficar ótima, e estou conseguindo, porque aos poucos ela já está andando; hoje mesmo já conseguiu andar sem tocar em nada {...} (Sujeitos: 1; 3; 6).

Além destes aspectos, um ponto importante a ser apresentado que, embora não tenha sido destacado na tabela dessa classe, pode ser percebido nos discursos dos cuidadores foi à questão da presença e acompanhamento profissional no período de reabilitação, fato também relatado por outros pesquisadores (REDANTE *et al.*, 2005; FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2011). Essa proximidade de um profissional representa segurança e motivação durante essa fase de enfrentamentos, tanto à família quanto ao idoso, onde a esperança de voltar a *andar*, nas falas dos sujeitos desse estudo, está depositada na fisioterapia.

{...} ela está sendo acompanhada pelo ortopedista, o mesmo que atendeu ele; todo mês retorna a ele para ver como está a cirurgia, então ela está sendo bem acompanhada {...} o fisioterapeuta é gente boa, o que está levando ela ao crescimento {...} para ele andar tem que fazer fisioterapia {...} (Sujeitos: 3; 6; 8).

Dessa forma, as *dificuldades* enfrentadas pela família, com a sobrecarga maior depositada sobre o familiar que atua como cuidador primário, durante a fase de reabilitação do idoso acometido por FPF, geram imagens e interpretações ambíguas (positivas e negativas) nas pessoas que vivenciam esse processo. Esses conceitos elaborados pelos cuidadores servem para orientar e justificar condutas dos cuidadores para com esse grupo de idosos, como as horas dedicadas de cuidado, até mesmo pela *noite*, tudo em prol da esperança de *fazer* o idoso voltar a *andar*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar as repercussões na dinâmica familiar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur a partir das representações sociais construída por seus familiares, das quais se apreendeu conteúdos associados à situação funcional, tipos de cuidados oferecidos e as dificuldades frente à reabilitação, tanto para os idosos quanto para seus familiares, em que se apontam cinco classes semânticas: funcionalidade de idosos; aspectos técnicos do cuidado; conflitos intrafamiliares; tipos de cuidado com o idoso; dificuldades frente à reabilitação.

Por meio desse estudo, pode-se constatar que quando o idoso é acometido por uma fratura de fêmur, seus familiares próximos, representados pela figura do cuidador, passam a vivenciar a realidade desse idoso com funcionalidade alterada. Isso cria a necessidade de que o familiar passe a executar atividades técnicas de cuidado, gerando situações de enfrentamento de dificuldades com vistas à reabilitação desse idoso. Observa-se que tais aspectos, por sua vez, podem motivar e/ou acentuar conflitos intrafamiliares. Entretanto, também são capazes de motivar um cuidado mais humano com o idoso que enfrenta o duro processo de reabilitação (Figura 2).

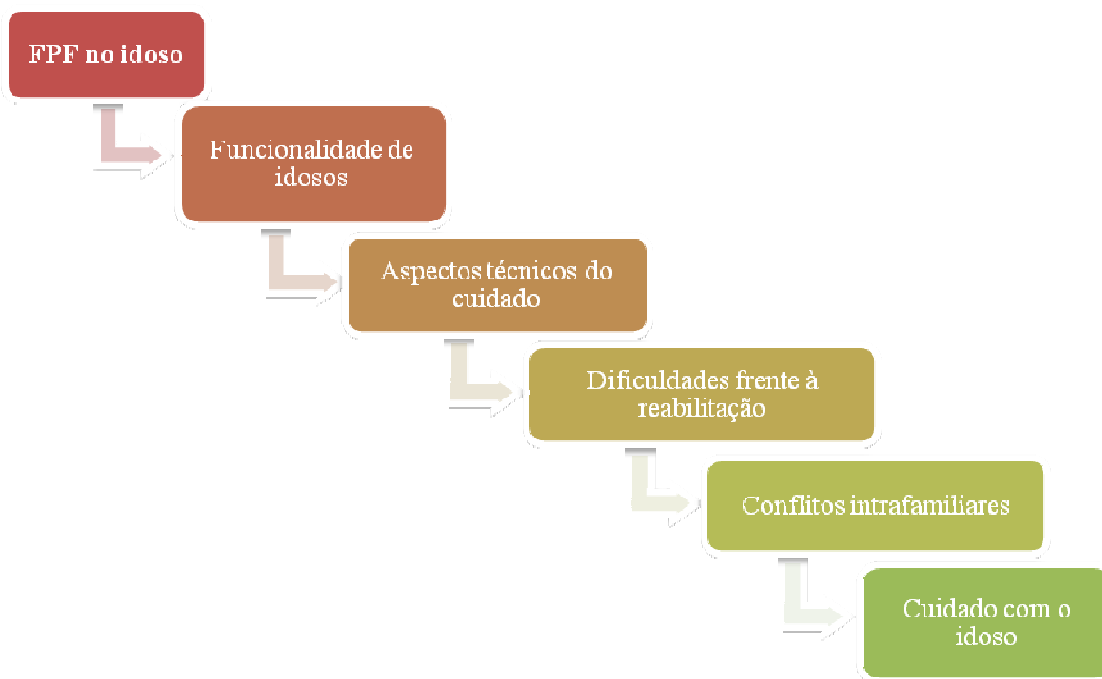


Figura 2 - Esquema sinóptico das repercussões das FPF em idosos para si e para sua família.

Verificou-se que os cuidadores familiares de idosos acometidos por FPF vivenciaram alterações significativas nas suas vidas, com um redirecionamento de esforços em prol da *reabilitação* de seu ente querido, com reflexo negativo sobre sua qualidade de vida, principalmente devido à sobrecarga da atividade de cuidar do idoso *limitado/incapacitado* funcionalmente.

Essa incapacidade decorrente da lesão irá gerar necessidades da realização de cuidados técnicos pelo cuidador primário desse idoso, o que servirá para criar situações de *enfrentamento/dificuldades*, com repercussões de caráter ambíguo, negativas e positivas para esses atores sociais, já que as atividades desenvolvidas geram *cansaço, desgaste físico e emocional, custos extras*, porém, pode ser capaz de trazer *felicidade e satisfação* pela prática do bem.

Esses aspectos denotam a importância de conhecermos os significados de cuidar para essas pessoas, bem como de compreender suas necessidades para refletirmos sobre nossas ações, enquanto profissionais de saúde, e pautar nossas práticas ao assistirmos essas famílias, focados no cuidador primário, que está frente a uma situação de dependência do idoso em fase de reabilitação.

A partir dessas situações vivenciadas pela FPF no idoso, conflitos intrafamiliares podem ser motivados e/ou exacerbados, com repercussões diretas acerca da dinâmica familiar, aumentando ainda mais a *tensão* e *sobrecarga* do cuidador primário. Esses conflitos podem estar ligados às relações familiares entre os cuidadores em potencial, como também entre o cuidador e o idoso. Porém, isso pode servir como ponto de partida para uma mudança de direção em um histórico de relações interpessoais conturbadas, pré-existentes ou não, e redesenhar/fortalecer novos papéis no seio familiar.

Por sua vez, as dificuldades enfrentadas por essas pessoas ao longo do processo de reabilitação podem ser capazes de gerar um cuidar mais humano, voltado para relações afetivas de aproximação, *cuidado, zelo, carinho, amor, felicidade*, enfim, criar uma relação de via dupla entre o cuidador-idoso, como também entre cuidador-familiares, para o estreitamento de laços e fortalecimento da unidade da família.

Entretanto, além dos aspectos apresentados, este estudo apresenta limitações, como o número reduzido de participantes, servindo apenas para mostrar a realidade de

uma pequena parcela das famílias que passam por situação semelhante. Ademais, há necessidade de realização de outros estudos dentro dessa temática, para poder proporcionar uma melhor compreensão das percepções e necessidades dessas pessoas, com um maior número de variáveis a ser descritas para caracterizar de forma mais profunda esses cuidadores e os idosos, como o tempo decorrente de cuidado desde o evento FPF no idoso, ou as patologias que o próprio cuidador possa estar sofrendo enquanto desenvolve as atividades de cuidado, o que pode aumentar ainda mais seu desgaste e tensão, servindo para modificar/exacerbar as representações aqui identificadas.

Por fim, acredito que este estudo pode contribuir com os acadêmicos e profissionais da área de saúde acerca das práticas voltadas ao processo de reabilitação das FPF em idosos, bem como suas possíveis alterações sobre o contexto familiar e sobre a qualidade de vida, sob a ótica das representações sociais. Além disso, pode suscitar um novo olhar dos familiares que contenham idosos em seu seio, bem como de seus cuidadores, a respeito das FPF. Com isso, é possível fornecer subsídios para refletirmos sobre a assistência prestada, proporcionando, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida e prazer de viver aos idosos e seus familiares, possibilitando uma promoção de saúde mais humana, com maiores cuidados para a prevenção, a redução da morbimortalidade e as complicações decorrentes das FPF.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; MOREIRA, A. S. P. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB, p.1-7. 2000.

ALFIERI, F. M.; DE MORAES, M. C. L. Envelhecimento e o controle postural. **Saúde Coletiva**, v.04, n.19, p. 30-33. 2008.

ARAÚJO, D. V.; DE OLIVEIRA, J. H. A.; BRACCO, O. L. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no sistema suplementar de saúde brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.49, n.6, dez., 2005.

BARBOSA, M. L. J.; NASCIMENTO, E. F. A. Incidência de internação de idosos por motivo de quedas em um Hospital Geral de Taubaté. **Rev. Biociênc.**, Taubaté, v.7, n.1, p.35-42, jan./jun. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo 2010. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão, para o biênio 2010 – 2011**. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, p. 511-539, 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde – 2010/2011 – Bahia. **Taxa de internação por fratura de fêmur por microrregião segundo município**. 2010. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2010/cnv/pactba.def>>. Acesso em: 20 out. 2011.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan Am J Public Health**, v.17, n.5/6, 2005.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.3, p. 393-399, mai./jun. 2009.

GUIMARÃES, L. H. C. T.; GALDINO, D. C. A.; ABREU, S. R.; LIMA, M.; VITORINO, D. F. M. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, v.12, n.3, jul./set. 2004.

HERZLICH, C. A.; PIERRET J. **Malades d'hiermalades d'aujourd'hui**. Paris, Payot. 1991.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Phisys: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 15 (suplemento), p. 57-70, 2005.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Caderno de Estudos e Pesquisas**. Informações demográficas e socioeconômicas, nº 27, Brasília, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do censo demográfico de 2010**. Estado da Bahia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=1>>. Acesso em: ago. 2011.

JODELET, D. Representações do Contágio e a Aids. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Org.) **Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro - RJ: EdUERJ, 2001.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v.15, n.1, p. 1-10, 2005.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. O cuidador do idoso e sua compreensão sobre prevenção e o tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur. **Estud. Interdiscip. Env.** Porto Alegre, v.10, p.105-121, 2006.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB Editora, 1998.

MOREIRA, P. H. B.; MAFRA, S. C. T.; PEREIRA, E. T.; SILVA, V. E. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.14, n.3 p. 433-440, 2011.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Zahar Editores, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5. ed. Trad. P. A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2007.

MUNIZ, C. F.; ARNAUT, A. C.; YOSHIDA, M.; TRELHA, C. S. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.2, p. 33-38, jun., 2007.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Cienc. Cuid. Saude**, v.8, n.3, p.428-435, jul./set., 2009.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v.19, n.55, p. 180-186, jun, 2004.

PORTAL DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE. **Informações em Saúde: Demografia**, 2010. Disponível em: <<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?TabNet/populacao/popresid.def>>. Acesso em: nov. 2011.

REDANTE, D.; BACKES, D.; SCHWARTZ, E.; ZIELKE, K. C. R.; LAGO, S. M. Cuidando o idoso e a família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.7, n.2, p. 158-163, mai./ago., 2005.

RIBEIRO, A. P.; DE SOUZA, E. R.; ATIE, S.; DE SOUZA, A. C.; SCHILITIZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p. 1265-1273, 2008.

RODRÍGUES-WONG, L. L.; CARVALHO, J. A. M. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 597-605, mar., 2008.

SAKAKI, M. H.; OLIVEIRA, A. R.; COELHO, F. F.; LEME, L. E. G.; SUZUKI, I.; AMATUZZI, M. M. Estudo da mortalidade na fratura proximal do fêmur proximal em idosos. **Acta Ortopédica Brasil**, p. 242-249, out./dez., 2004.

SILVA, L. W. S. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de *Diabetes Mellitus* tipo 2** [Tese de Doutorado] / Luzia Wilma Santana da Silva. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr**, v.58, n.1, p. 39-44, 2009.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v.12, n.2, 1999.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ, v.43, n.3, p. 548-54, 2009.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSSEN, I. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.26, n.1, p. 147-157, 2004.

ZANI, L. H. S. **O idoso e a família: investigação sobre a dinâmica dos papéis sociais**. Dissertação de Mestrado. PUC – SP, 2007.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo, em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR”, sob responsabilidade dos pesquisadores Ricardo Mazzon Sacheto e Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, do Programa de Pós-graduação *Stricto-sensu* em Enfermagem e Saúde (nível Mestrado), do Departamento de Saúde, os seguintes aspectos:

Objetivo:

- Averiguar sob o olhar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur as repercussões na dinâmica familiar a partir de suas representações sociais;

Metodologia:

Este estudo é do tipo exploratório, de abordagem qualitativa, com o intuito de compreender aspectos psicossociológicos presentes no cotidiano de portadores de fraturas proximais de fêmur em idosos e as possíveis alterações no contexto familiar, baseado na Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1978).

O estudo será realizado no município de Jequié, Bahia, com familiares que estarão atuando como cuidadores primários dentro do processo de reabilitação de N=30 idosos, acometidos com fraturas proximais de fêmur, no período de reabilitação pós-operatório tardio, provenientes do HGPV.

Justificativa, Relevância e Benefício:

Esta pesquisa se justifica devido ao elevado número de casos de fraturas proximais de fêmur em idosos, os quais necessitam de assistência e apoio familiar ao longo do período de reabilitação, e servir para esclarecer o cuidador e o idoso acerca da fisiopatologia da lesão e do processo de recuperação. Além disso, poderá contribuir com a formação dos acadêmicos da área de saúde acerca das práticas de saúde voltadas a esta problemática, bem como as possíveis alterações sobre o contexto familiar e a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos nesse processo.

Participação:

Toda participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo, em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem prejuízo pessoal ou moral.

Desconfortos e riscos:

O presente estudo não trará riscos para a integridade física ou moral. Os mesmos terão livre escolha de manter-se participando ou negar a sua participação no estudo.

Confidencialidade do estudo:

Os registros de sua participação serão mantidos em sigilo. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada, garantindo assim seu anonimato.

Dano advindo da pesquisa:

Se houver algum dano decorrente desse estudo, será oferecido sem ônus para o participante o acompanhamento psicológico, sendo este providenciado pelos pesquisadores responsáveis Maria Adelaide Silva Paredes Moreira e Ricardo Mazzon Sacheto.

Garantia de esclarecimento:

Será garantido aos sujeitos da pesquisa qualquer esclarecimento adicional quanto a sua participação no estudo.

Participação Voluntária:

Toda a participação dos sujeitos da pesquisa no projeto é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e que o mesmo pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento.

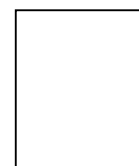
Consentimento para participação:

Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR” desenvolvido pelo acadêmico Ricardo Mazzon Sacheto, sob a responsabilidade da Professora Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____



Polegar direito

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__
Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, entrar em contato com:

Profª. DSc. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
e-mail: jpadelaide@hotmail.com

Mestrando Ricardo Mazzon Sacheto
e-mail: rmsacheto@hotmail.com

ANEXOS

Anexo A: Parecer Consubstanciado do CEP/UESB

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB/BA

PROJETO DE PESQUISA

Título: REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR DE IDOSOS COM FRATURA DE FÊMUR

Área Temática:

Pesquisador: RICARDO MAZZON SACHETO

Versão: 2

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

CAAE: 03943412.3.0000.0055

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 50859

Data da Relatoria: 06/07/2012

Apresentação do Projeto:

A redução da taxa de natalidade associada ao aumento da longevidade levou a um aumento significativo da população de idosos. Esse grupo etário é acometido por várias doenças crônicas e degenerativas que contribuem para uma diminuição da capacidade funcional. Uma consequência é o grande número de idosos acometidos por fraturas de fêmur. Esse fato contribuiu para a adoção deste dado como a prioridade I do atual Pacto pela Saúde de 2010/2011 do Ministério da Saúde, com a visão que essas fraturas podem interferir tanto na saúde do idoso como em sua dinâmica familiar. Dessa forma, com o propósito de se produzir novos conhecimentos acerca dessa temática, este estudo objetiva-se em analisar sob o olhar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur as repercussões na dinâmica familiar a partir de suas representações sociais; conhecer as representações sociais sobre qualidade de vida segundo familiares de idosos que foram vítimas de fraturas proximais de fêmur; e verificar as repercussões na dinâmica familiar de idosos com fraturas proximais de fêmur. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, embasado na Teoria das Representações Sociais, que será realizado com a participação de familiares de idosos, durante o período de pós-operatório, acometidos por fraturas proximais de fêmur (FPF), oriundos do Hospital Geral Prado Valadares, na cidade de Jequié - Bahia. Para coleta dos dados serão utilizados o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e uma entrevista semi-estruturada. A análise dos dados será feita com auxílio do software Alceste 2010 e as informações do TALP serão processadas estatisticamente pelo Evoc 2000. Dessa forma, espera-se que a compreensão acerca das representações sociais geradas pelos familiares de idosos acometidos por FPF sejam capazes de orientar as práticas, permitindo, assim, aos familiares se posicionarem em sua realidade social e aos profissionais de saúde uma assistência mais humanizada.

Objetivo da Pesquisa:

Averiguar sob o olhar de familiares de idosos com fraturas proximais de fêmur as repercussões na dinâmica familiar a partir de suas representações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta risco direto a seus participantes, contudo, por se tratar de uma abordagem qualitativa acerca da condição de saúde-doença de pessoas idosas dentro do contexto familiar, pode trazer algum desconforto psicológico, para o participante, durante a sua realização. Outrossim, destaca-se que essa possibilidade não compromete a exequibilidade da pesquisa e o mérito. Trata-se, tão somente, de mais um cuidado adotado pelos pesquisadores. A pesquisa não determina benefício direto para os participantes, mas tem potencial de replicação e colaboração para medidas de saúde pública e políticas públicas voltadas para o setor saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é considerada relevante, pois aborda um tema prioritário na saúde da população - envelhecimento. Seu caráter qualitativo tem grande potencial para ser assimilado pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos na assistência e planejamento de políticas públicas voltadas para a população de idosos. A pesquisa é considerada relevante, pois aborda um tema prioritário na saúde da população - envelhecimento. Seu caráter qualitativo tem grande potencial para ser assimilado pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos na assistência e planejamento de políticas públicas voltadas para a população de idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as normas adotadas por este CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está bem estruturado e a metodologia atende ao que os pesquisadores pretendem investigar. Considera-se o Projeto APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

JEQUIE, 05 de Julho de 2012

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa