

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Dissertação

Rede social no cuidado ao idoso após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica à Enfermagem

Patrícia Mirapalheta Pereira

Pelotas, 2011

PATRÍCIA MIRAPALHETA PEREIRA

**REDE SOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO APÓS ACIDENTES POR QUEDAS:
UMA ABORDAGEM BIOECOLÓGICA À ENFERMAGEM**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Celmira Lange
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eda Schwartz

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P436r Pereira, Patrícia Mirapalheta

Rede social no cuidado ao idoso após acidente por quedas: uma abordagem bioecológica à enfermagem / Patrícia Pereira Mirapalheta. Pelotas, 2011.

119 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação: Celmira Lange; co-orientação: Eda Schwartz.

Catálogo na Fonte: Aline Herbstrith Batista CRB 10/ 1737

Folha de aprovação

Autor: Patrícia Mirapalheta Pereira

Título: Rede social no cuidado ao idoso após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica a Enfermagem

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Profa.Dra. Celmira Lange(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Profa.Dra. Sonia Maria Könzgen
Meincke
(titular)
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Lucia Hisako Takase
Gonçalves
(titular)
Universidade Federal de Santa
Catarina

Profa. Dra. Rosani Manfrin Muniz
(suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Profa.Dra. Silvana Sidney Costa Santos
(suplente)
Universidade Federal do Rio Grande

Dedicatória

*A minha família, pela presença e
apoio para a construção desse trabalho
e concretização de um sonho.*

Agradecimentos

Primeiramente a agradeço a Deus, pela oportunidade de concretizar meus sonhos.

À minha família que esteve incansavelmente ao meu lado nos momentos mais difíceis. Ao meu pai José Salazar, minha mãe Neil, meus irmãos Patrick e Taliny pelo incentivo, carinho e auxílio, meu sincero e eterno obrigado. À minha afilhada Ana Luiza pela alegria constante!!!

À minha amiga Sheila por estar presente em todos os momentos, pelas palavras confiantes e por sua amizade verdadeira.

Aos idosos e suas famílias que gentilmente aceitaram dividir comigo parte de sua história.

À minha Orientadora Professora Doutora Celmira Lange, pela amizade, confiança, compreensão e disponibilidade para construção deste trabalho, que colaboraram muito para meu crescimento pessoal e profissional.

À minha co-orientadora Professora Doutora Eda Schwartz pela atenção e generosas contribuições.

Às Professoras Doutoras Sônia Meincke e Rosani Manfrin pelo carinho, preocupação e contribuições enriquecedoras a essa pesquisa.

Às Professoras Doutoras Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Silvana Sidney Costa Santos por aceitarem o convite para participar e estar presente na banca, pela atenção e contribuições.

Aos colegas e amigos do mestrado, pelas palavras confiantes, companhia e carinho.

Aos Professores e Funcionários do Programa de Pós-Graduação e Enfermagem da UFPel, pela prontidão em atender-me sempre.

À Samanta Maagh e Daiane Leal pelo incentivo e disponibilidade em ajudar-me.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

"Nunca ande pelo caminho traçado, pois
ele conduz somente até onde os outros
foram"

(Graham Bell)

Resumo

PEREIRA, Patrícia Mirapalheta. **Rede social no cuidado ao idoso após acidentes por quedas**: uma abordagem bioecológica à Enfermagem. 2011.107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas

A pesquisa teve como objetivo conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasado na abordagem bioecológica e identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas. Caracteriza-se por ter uma abordagem qualitativa e o método utilizado foi a inserção ecológica, que está fundamentada na Teoria dos Sistemas Ecológicos fundamentada por Koller e Cecconelo(2004) e as técnicas utilizadas foram a entrevista semiestruturada, a construção do genograma, ecomapa e observação simples anotadas em diários de campos. Participaram do estudo quatro idosos acometidos por quedas, com alguma consequência traumática, atendidos no serviço de traumatologia de uma instituição de médio porte da região sul do Rio Grande do Sul. Os sujeitos foram captados por meio de um levantamento prévio dos dados de identificação nas fichas de atendimento do serviço de traumatologia desse hospital e posterior contato telefônico para expor os objetivos do estudo e convidá-los a participarem da pesquisa. A coleta de dados aconteceu no período de janeiro a junho de 2011, por meio de cinco a oito encontros realizados no contexto domiciliar dos idosos. Os dados foram analisados de acordo com a análise temática proposta por Minayo (2007). Nos resultados desse estudo percebeu-se que, a rede social no cuidado ao idoso após acidente por quedas é composta pela família, amigos, vizinhos, religião, profissionais e instituições de saúde. No entanto, a família foi o vínculo apoiador que integrou a rede de cuidado ao idoso, oferecendo suporte material, financeiro e emocional, sendo ela o microssistema com o qual o idoso possui maior vínculo. Esses vínculos apoiadores e processos proximais proporcionaram ao idoso realização pessoal, inserção social e um envelhecimento saudável, potencializando seu desenvolvimento no ambiente em que está inserido. Na medida em que a família auxiliava nas atividades de vida diária, existe uma interação recíproca com o idoso, desenvolvendo laços afetivos fortes que proporcionam aspectos positivos para sua evolução. Evidenciou-se, também, a existência de efeito de disfunção em alguns integrantes da família e a mudança para processo de competência, uma vez que as pessoas consideradas vínculos negativos, após o acidente por quedas, mobilizaram-se, a fim de obter uma aproximação com o idoso. Em relação à atuação dos profissionais de saúde, percebe-se que em nenhum momento foi mencionada a ajuda de serviços de saúde, que deveria servir de rede social do cuidado ao idoso e sua família, demonstrando não estarem preparados para atender às demandas dessa população, assim como suas prioridades. Conclui-se que as políticas que garantem um envelhecimento assistido e saudável existem, porém nem sempre são colocadas em prática. Portanto, permanece a necessidade de instrumentalizar os profissionais de saúde para lidar com o idoso e as alterações geradas pelo envelhecimento, além de realizar estratégias de prevenção de quedas. Como parte desse desafio, destaca-se o trabalho da Enfermagem no suporte a família, com intuito de manter o apoio necessário a reabilitação do idoso após a queda.

Palavras-chave: Idoso. Acidentes por Quedas. Apoio Social. Enfermagem.

Abstract

PEREIRA, Patrícia Mirapalheta. **Social network in the elderly care after accidental falls: a bio-ecological approach to Nursing**. 2011.107f. Dissertação-Programa de pós graduação em enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

This study aims to understand the social network in the elderly care after accidental falls, using for that a bio-ecological approach; and also identify the linkages supporters to the elderly after they have suffered an accidental fall. The study is characterized by having a qualitative approach, and the method used was the ecological engagement, which is based on Ecological Systems Theory by Koller and Ceconelo (2004) and techniques used were semi-structured interview, the construction of the genogram, eco-map and simple observation recorded in field diaries. The study included four elderly people who had suffered accidental falls; they had some traumatic consequences, and were treated at the trauma service of an institution of medium size, in the southern region of Rio Grande do Sul. The subjects of the study were obtained through a previous survey of identification data in the medical records of the hospital's trauma service and, subsequent telephone call to explain the objectives of the study and inviting them to participate in the study. Data collection occurred from January to June in 2011, within five to eight meetings that were held in the context of the elderly home. The data were analyzed according to thematic analysis proposed by Minayo (2007). It was noticed, the results of this study, the social network on elderly care after accidental falls is made by family, friends, neighbors, religion professionals and health institutions. However, the family has been the linkage supporter, which has integrated network of care to the elderly. It provides material, financial and emotional support; it is also the microsystem that the elderly have a higher bonding. These linkages supporters and proximal processes have provided a personal achievement for the elderly, a social inclusion and also healthy aging. As the family helps in the daily activities, a reciprocal interaction also occurs with the elderly, developing strong emotional bonds that provide positive aspects in their evolution. The existence of a dysfunction effect among some members of the family was evident, and this dysfunction has become a process of competence, since people who were considered negative bonds, after the accidental falls, sought to get closer to the elderly. Regarding the role of health professionals, it was realized that the help of health services was not mentioned and, such services should be a social network of care to the elderly and their families; showing that the health professionals were not prepared to meet the demands and priorities of the population. It was concluded that despite the policies ensure a healthy and assisted aging; they do not occur as they should because there is still a need to equip health professionals to meet this demand. As part of the challenge, the nursing work is highlighted in order to maintain the necessary support to rehabilitation of the elderly after the accidental fall.

KEYWORDS: Aged. Family. Accidental Falls. Nursing. Social Support.

Lista de Quadros

Quadro 1	Cronograma de desenvolvimento do projeto.....	48
Quadro 2	Recursos materiais e plano de despesas.....	50

Lista de Figuras

Figura 1	Genograma do Sr Raul.....	77
Figura 2	Ecomapa do Sr Raul.....	78
Figura 3	Genograma da Sr ^a Helena.....	80
Figura 4	Ecomapa da Sr ^a Helena.....	80
Figura 5	Genograma da Sr ^a Ivana.....	83
Figura 6	Ecomapa da Sr ^a Ivana.....	84
Figura 7	Genograma da Sr ^a Eloísa.....	86
Figura 08	Ecomapa da Sr ^a Eloísa.....	87

SUMÁRIO

Introdução.....	11
I Projeto de pesquisa.....	12
II Relatório do trabalho de campo.....	69
III Produção científica	89
Artigo de sustentação da dissertação	90
Artigo publicado com o orientador.....	105
Artigos encaminhados para publicação.....	119

Introdução

A presente dissertação foi elaborada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-graduação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UPFeL. O projeto foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde e Linha de pesquisa Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde. É uma pesquisa qualitativa embasada no referencial teórico Urie Bronfenbrenner intitulada: Rede Social do Idoso após Acidente por Quedas: uma abordagem bioecológica à enfermagem.

O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas/RS, tendo início no mês de março de 2010 e conclusão em dezembro de 2011.

Conforme o regimento do Programa, esta dissertação é composta das seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Defendido no mês de dezembro de 2010. Esta versão inclui as modificações que foram sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: Relata o caminho percorrido pela mestranda desde a escolha do tema até a elaboração do artigo e conclusão do mestrado.

III Produção Científica:

Artigo de sustentação da dissertação:

Família como vínculo apoiador ao Idoso após Acidentes por Quedas: uma abordagem bioecológica à Enfermagem .

Artigo de defesa que será submetido à publicação na Revista Texto & Contexto-Enfermagem, Qualis A2, após a sustentação da dissertação.

Artigo publicado com o orientador:

Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):547-53.

Artigos encaminhados para publicação: descritos na página 119 da dissertação.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Projeto de Pesquisa

**Rede social do idoso após acidentes por quedas: uma abordagem
bioecológica**

Patrícia Mirapalheta Pereira

Pelotas, 2010

PATRÍCIA MIRAPALHETA PEREIRA

**REDE SOCIAL DO IDOSO APÓS ACIDENTES POR QUEDAS: UMA
ABORDAGEM BIOECOLÓGICA**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Celmira Lange

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eda Schwartz

Pelotas, 2010

Banca examinadora:

Membros efetivos

Profa. Dra. Celmira Lange - UFPel
Profa. Dra. Lucia Takasi Gonçalves – UFSC
Profa. Dra. Eda Schwartz – UFPel

Membros suplentes

Profa. Dra. Sonia Maria Könzgen Meincke – UFPel
Profa. Dra. Rosani Manfrin Muniz – UFPel

Sumário

I Projeto de Pesquisa.....	12
1 Construção do objeto de estudo	18
2 Objetivos	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivo específico	23
2.3 Pressupostos.....	23
3 Revisão de literatura	24
3.1 A rede social e suas inter-relações com idosos após acidentes por quedas.....	24
3.2 O envelhecimento populacional	26
3.3 Acidentes por quedas em idosos.	27
4 Referencial teórico	33
5 Metodologia	40
5.1 Caracterização do estudo.....	40
5.2 Local do estudo.....	41
5.3 Sujeitos do estudo	42
5.4 Critérios de inclusão dos sujeitos	42
5.5 Procedimentos para a coleta de dados	42
5.6 Respeito humano com os participantes da pesquisa	45
5.7 Análise dos dados.....	46
5.8 Divulgação dos Resultados.....	47
6 Cronograma	48
7 Recursos envolvidos	49
7.1 Recursos humanos	49
7.2 Recursos materiais e plano de despesas	50
REFERÊNCIAS.....	51

Apêndices.....	57
Apêndice A- Solicitação à direção da instituição.....	58
ApêndiceB- Solicitação ao Comitê d Ética e Pesquisa.....	59
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
Apêndice D- Roteiro de entrevista aos idosos.....	62
Apêndice E- Modelo para construção do ecomapa.....	64
Apêndice F- Modelo de diário de campo.....	65
Anexo.....	66
Anexo A- Carta de autorização do setor de traumatologia.....	67
Anexo B- Parecer do projeto de pesquisa.....	68

Construção do objeto de estudo

O aumento da proporção de idosos na população faz parte da realidade da maioria dos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil. Com a crescente expectativa de vida desse segmento etário surge a preocupação com um dos principais eventos incapacitantes para um viver saudável: as quedas. Frente a essa problemática, as redes sociais passam a existir como facilitadoras do desenvolvimento desse idoso no processo que está vivenciando, auxiliando na promoção de um envelhecimento saudável e ativo.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira, no ano de 2010, seria de 191.480.630 milhões de habitantes, dos quais 9,5% estariam na faixa etária de 60 anos ou mais, o que caracteriza o ser idoso (IBGE, 2009).

Conforme a avaliação da Fundação de Economia e Estatística (FEE) o Estado do Rio Grande do Sul possui uma população de 10.897.309 milhões de habitantes, a qual apresenta uma taxa de 12,2% de idosos. Já o Município de Pelotas tem uma população de 345.181 mil habitantes, dos quais 14% estão na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2009; FEE, 2010).

A estimativa para 2025 é que o Brasil fique no *ranking* de sexta população com mais idosos do mundo, atingindo 32 milhões de habitantes com idade superior a 60 anos, estando 8,1% dessa população entre 60 e 69 anos e 5,7% com 70 anos ou mais (IBGE, 2009).

Está previsto para 2050 que o país vai deparar-se com a difícil situação de atender uma sociedade mais envelhecida do que a encontrada na Europa atual, com o agravante de passar por uma transição demográfica muito mais rápida do que a europeia. Além disso, não conta com desenvolvimento social e econômico

compatíveis para proporcionar condições adequadas de vida e saúde para essa população (WONG ; CARVALHO, 2006).

O envelhecimento é entendido como um processo natural, dinâmico e progressivo acompanhado por modificações morfológicas, funcionais, psicológicas e sociais, trazendo implicações quanto à capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente (BRASIL, 2006).

Gai (2008), em seu estudo, refere que um terço dos idosos cai anualmente, mais da metade cai de forma recorrente. No Brasil, cerca de 30% dos idosos sofrem quedas ao menos uma vez ao ano (PERRACINI ; RAMOS, 2002).

Para os idosos, as quedas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los à incapacidade, injúria e morte. Além disso, pode gerar sentimentos como medo de novas quedas, de lesionar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, perda de autonomia e independência para atividades básicas e instrumentais da vida diária, sentimento de fragilidade e insegurança, sendo que esses fatores podem trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais (FABRÍCIO, RODRIGUES, JUNIOR M.L, 2004).

As alterações após as quedas podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência aos idosos. Frente a, deve-se repensar estratégias para oportunizar um estilo de vida mais ativo e um envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, a rede social surge como suporte para o idoso, auxiliando nas alterações geradas por esse processo, ofertando suporte emocional, prático, material e/ou financeiro, o que se constitui num elo fundamental no processo de viver saudável.

O conceito de rede social é dinâmico, permitindo uma diversidade de definições. Por isso, com o passar das décadas, novos conceitos foram desenvolvidos e/ou aprimorados. Para Bronfenbrenner (1996), as redes sociais são entendidas como sistemas de interação sequencial e podem oferecer apoio à pessoa em desenvolvimento, mesmo que ela não esteja presente. Além do exposto, elas podem ocorrer em um único ambiente, no entanto, as mais comuns são aquelas em que se desenvolvem em outros locais, facilitando o desenvolvimento humano.

Segundo Meneses (2007), a rede social é tecida por nós, e representa os indivíduos, grupos e instituições que desenvolvem vínculos e possuem interesses em comum. Além de propiciarem várias relações, tanto familiares como de amizades

e de trabalho, resultando em novas informações e interações, as quais podem se dar face a face ou por meio de outras fontes de comunicação, como a *Internet*.

Souza et al. (2008), acrescentam que a rede social está vinculada às relações de troca, que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Esse conceito possui, como ideia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar uma teia.

Dessa forma, a rede social pode ser entendida como um conjunto de conexões ou vínculos significativos, de que fazem parte pessoas que interagem regularmente com o sujeito (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Uma rede social constante, ativa e de confiança serve de proteção a pessoa, auxilia em sua autoestima e promove a saúde física, psíquica e emocional (SIMIONATO; MARCON, 2006).

O movimento da promoção de saúde é uma resposta de enfrentamento da transição demográfica. Nesse sentido, as ações intersetoriais e interdisciplinares dirigidas ao idoso deverão possibilitar condições favoráveis para sua autonomia.

Nessa perspectiva, a rede social e o suporte disponibilizado por ela, concebido como o conforto, a assistência e a informação que o indivíduo recebe, são considerados como um dos aspectos favoráveis para melhoria da qualidade de vida, além de estabelecimento de um vínculo com o idoso.

A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo entre pessoas e pode ser descrita sob diferentes aspectos, tais como o número de relações ou papéis sociais que uma pessoa desenvolve por meio da frequência de contatos com vários membros de uma rede, como a densidade, multiplicidade e reciprocidade de relações entre essas pessoas (BOCCHI ; ANGELO, 2008).

Para Bronfenbrenner (1996), essa inter-relação se torna vínculo apoiador à medida que a ligação nos dois ambientes encoraja o desenvolvimento da confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos entre os ambientes e de um equilíbrio evolutivo de poder responsivo à ação em favor da pessoa em desenvolvimento.

Pensando em conhecer o desenvolvimento humano, especificamente o processo de viver idoso após acidentes por quedas e a rede social e suas inter-relações com essa pessoa, utilizou-se um referencial teórico que trabalha com a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano. Essa abordagem, ao estudar o ser humano dentro do seu ciclo vital, buscou compreendê-lo como um todo, não só

do ponto de vista biológico, mas também as suas relações com seus contextos ambientais (BRONFENBRENNER, 1996).

De acordo com Bronfenbrenner (1996), os contextos ambientais onde a pessoa está se desenvolvendo são indicativos de quais interações podem estar influenciando diretamente em sua vida e de que fatores podem colocá-la em risco ou favorecer seu desenvolvimento. Nesse sentido, entende-se que a rede social do idoso após acidente por quedas lhe disponibiliza um suporte para seu desenvolvimento no processo de viver e reabilitar-se.

A partir da identificação da rede social e das inter-relações do idoso após acidente por quedas, pode-se pensar em medidas preventivas e intervenções que garantam que o envelhecimento ocorra de forma saudável e seja visto como uma conquista por meio da ressignificação dos valores negativos e dos estereótipos associados à velhice e suas limitações (INOUE ; PEDRAZZANI, 2007).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas alterações decorrentes do envelhecimento, ela possa redescobrir alternativas de viver a sua vida com a máxima qualidade possível (BRASIL, 2006). Portanto, o envelhecimento populacional exige da sociedade uma visão ampla em relação à saúde do idoso e sua qualidade de vida. Refletindo sobre essa realidade, emergiu o interesse pelo estudo das redes sociais no cuidado aos idosos após acidente por quedas.

Levando em consideração os dados estatísticos do IBGE (2009), que apontam para o aumento da população idosa e o elevado risco de quedas, causando no idoso dependência, perda de autonomia e de qualidade de vida, de tal modo a repercutir na dinâmica familiar, acredita-se que as redes sociais possam oferecer ao idoso o suporte no enfrentamento das alterações decorrentes da queda.

Além do exposto, este estudo se justifica pela necessidade de preencher uma lacuna de conhecimento, no que se refere a esta temática, pois existem poucos estudos que falam da rede social do idoso após acidente por quedas e de uma construção consensual de novas abordagens referentes ao envelhecimento populacional na literatura pesquisada.

Portanto, considera-se esta pesquisa relevante, na medida em que seus resultados possam servir de subsídio para desenvolvimento de estratégias e ações que correspondam às novas demandas demográficas e prevenção de quedas nessa população, bem como auxiliar os idosos a permanecerem independentes e ativos

em seu processo de envelhecimento. Além de difundir reflexões sobre o envelhecimento e mobilizar a sociedade e os profissionais de saúde quanto à importância da rede social e do vínculo apoiador para essa população.

Diante do exposto, surge a seguinte questão norteadora:

Qual a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasada na abordagem bioecológica?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasada na abordagem bioecológica.

2.2 Objetivo específico

Identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas.

2.3 Pressupostos:

O idoso após acidentes por quedas possui uma rede social composta por relações interpessoais, das quais fazem parte a família, os amigos e os vizinhos. Os profissionais de saúde também compõem a rede social desse idoso, apresentando-se como um mesossistema, a medida em que auxiliam no seu desenvolvimento, por meio de troca entre os sistemas, quando o mesmo procura suporte dos profissionais.

Os vínculos apoiadores são constituídos inicialmente pelos familiares, sendo a família o sistema que oferece maior apoio ao idoso após acidente por quedas.

A rede social do idoso acometido por quedas possibilita inter-relações entre os diversos contextos, influenciando e sendo influenciada por eles. Apesar de estar vivenciando um processo de doença, ele é capaz de apresentar um desenvolvimento saudável.

3 Revisão de literatura

Diversas teorias têm sido propostas para explicar o envelhecimento e suas redes sociais, objetivando um processo de envelhecer saudável, dentro de suas limitações. Assim, aborda-se teoricamente os aspectos relacionados à rede social e suas inter-relações com a problemática do idoso após acidente por quedas. Em seguida, discute-se acerca do envelhecimento populacional e os acidentes por quedas.

3.1 A rede social e suas inter-relações com idosos após acidentes por quedas

A rede social vem sendo discutida amplamente na literatura consultada. Em meados dos anos de 1930 já havia mobilização por parte de estudiosos para formular conceito de rede social, que, nesse período, passou a ser compreendida como a forma natural de descrever a estrutura de relações de uma população (BARBOSA; BYINGTON; STRUCHINER, 2000).

As redes sociais são tão antigas quanto a história da humanidade, mas apenas nas últimas décadas as pessoas passaram a percebê-las como uma ferramenta organizacional, representada por um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. Assim, a rede social é conceituada como um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio (MARTELETO, 2001).

Martins (2004) traz que os marcos fundamentais no campo do apoio social foram também as investigações realizadas por Caplan (1974), Cassel (1974 e 1979), Cobb (1976), Barrón (1996), Vaux (1988), Faria (1999), Vaz Serra (1999), e Matos e Ferreira (2000). Esses autores foram percussores nos estudos e conhecimento dos

efeitos da rede sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações, das relações íntimas à integração social, passando pelo estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais.

As redes sociais estão relacionadas aos papéis exercidos nas relações com outros indivíduos e grupos, além de estarem em constante construção individual e coletiva. Essas relações sociais dão sentido às vidas das pessoas que nelas participam, favorecendo a construção de suas identidades, propiciando a sensação de que estão ali para alguém, que têm os recursos necessários para dar conta de diversas tarefas e dar suporte social (MENESES, 2007).

De acordo com Rosa et al. (2007), as relações sociais se dividem em formais e informais, sendo que as duas dimensões compõem a estrutura das relações sociais. A estrutura é formada pelos indivíduos com quem se tem uma relação interpessoal e pelas ligações entre esses indivíduos.

As relações sociais formais são relações mantidas devido à posição e papéis na sociedade, incluem profissionais como o enfermeiro, o médico, o professor, o advogado, e outras pessoas conhecidas. Enquanto que as relações sociais informais, também denominadas de redes sociais, são compostas por todos os indivíduos, família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade entre outras e pelas ligações entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima e/ou com envolvimento afetivo (ROSA et al., 2007).

A rede social está em permanente mudança, e esta ocorre conforme os contextos social e cultural, o tempo histórico e o estágio de desenvolvimento das pessoas que compõem a rede, sendo que geralmente acontecem em momentos de transição, como no adoecimento. Assim, na fase inicial de uma doença a família é apontada como a principal apoiadora, porém no decorrer do processo da doença os profissionais de saúde se tornam necessários para o cuidado e, conforme vai passando o tempo, a rede fica mais ampla, mas esses permanecem como os principais apoiadores (DESSEN ; BRAZ, 2000; SOUZA et al., 2009).

São várias as pessoas que podem oferecer suporte social ao indivíduo, como familiares, amigos, vizinhos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo o que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (DESSEN ; BRAZ, 2000).

O suporte social é formado por meio de laços sociais que se estabelecem entre os indivíduos no convívio social. As pessoas ligadas ou unidas por laços de

afeto, consideração, confiança, entre outros, podem influenciar mudanças no comportamento e na percepção dos participantes, os quais poderão formar ou indicar a função da rede social (BIFFI, 2004).

Nessa perspectiva, o suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas (ARAÚJO et al., 2006).

Conforme Biffi (2004), o suporte social é evidente quando envolve expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão. Esse suporte envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada, fortalecendo a autoestima, facilita o controle de ansiedade e possibilita diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais. Além de fornecer ajuda material e/ou econômica e promover integração social, de maneira que a pessoa se sinta parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Para a pessoa enferma, as relações familiares e sociais são importantes como fonte de apoio, pois ajudam a compreender e lidar com as limitações e a superar as tristezas e dificuldades (SOUZA et al., 2009).

Dessa forma, a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter a rede social e garantir maior qualidade de vida (CARNEIRO ; FALCONE, 2004).

Todas essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio na garantia dos direitos previstos por lei (SOUZA et al., 2008).

Nesse contexto, a rede social do idoso após acidente por quedas e suas inter-relações tornam-se necessárias para o desenvolvimento desse processo, disponibilizando um suporte físico, material e emocional capaz de auxiliá-lo nas suas alterações decorrentes do envelhecimento, para mantê-lo ativo e saudável.

3.2 O envelhecimento populacional

Dentre as investigações sobre o envelhecimento populacional, o cuidado dispensado a idosos longevos deve receber especial atenção, visto que as alterações decorrentes desse processo podem deixá-los mais fragilizados. Os estudos demográficos mostram que o crescimento da população idosa tem ocorrido

de forma bastante acelerada. O perfil demográfico do Brasil vem se modificando consideravelmente com o aumento da expectativa de vida da população, e nesse sentido surge a preocupação de suprir as demandas geradas por esse segmento etário.

Segundo o Estatuto do Idoso, artigo 1º, (BRASIL, 2003, p.7) “idoso é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

Ao abordar idoso percebe-se a necessidade de ter bem claro o conceito de envelhecimento.

Já a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo os torne menos capazes de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – a senescência, que em condições normais não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, com doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – a senilidade. Sendo assim, certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BARBOSA; BYINGTON ; STRUCHINER, 2000).

Para Minayo (2003), o envelhecimento é um processo biológico, evolutivo e dinâmico, reconhecido por sinais corporais. Caracteriza-se por ser simbolicamente elaborado pelas sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social.

Segundo *World Health Organization* (2005), o envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens para um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Com isso, a pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025. Até 2025 espera-se um percentual de 70% de pessoas na terceira idade em todo o mundo.

De acordo com Bezerra et al. (2005); e documentos da United Nations (UN) (2007), o mundo conta hoje com 705 milhões de idosos, isto é, 10% da população

mundial, e a estimativa é que em 2050 esse número alcance os 2 bilhões de pessoas, ou seja 32% da população, quando irá ultrapassar a população infantil, cerca de 80% destes idosos estarão em países em desenvolvimento.

Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a “era do envelhecimento”, sendo que a expectativa de vida ao nascer no mundo, que era de 47 anos entre 1950 e 1955, aumentou para 65 anos entre 2000 e 2005, e a fertilidade caiu de 5 para 2,6 filhos por mulher, o que reflete, também, os avanços na medicina e tecnologia (BEZERRA et al., 2005; UN, 2007).

Conforme Barbosa, Byington e Struchiner (2000), existem previsões de que a população de pessoas com 50 anos ou mais de idade irá dobrar no mundo até o ano de 2020. No Brasil, a expectativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) é de que a população com mais de 60 anos de idade seja aproximadamente 11% da população geral até o ano de 2020. O estudo acrescenta, ainda que, no ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno este nunca antes observado.

A expectativa média de vida aumentou acentuadamente no país, mas esse acréscimo do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (WHO, 2005).

Esse processo de envelhecimento demográfico repercutiu e continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos possuem demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida (SIQUEIRA. et al., 2002).

Diante dessas estatísticas, percebe-se que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial e essa transição demográfica concernente aos países em desenvolvimento, como o Brasil, ocorreu de forma rápida. Devido a este fenômeno, a população não se encontra preparada para as novas demandas geradas pelo envelhecimento populacional.

3.3 Acidentes por quedas em idosos.

Com o rápido crescimento da população idosa brasileira e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, uma das questões que vem trazendo preocupações são os acidentes por quedas. Por isso, torna-se necessário que se

tenha estrutura física, assim como pessoas capacitadas suprir as necessidades desse público.

O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais destaca-se a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas, podendo ter como consequências as fraturas (PERRACINE ; RAMOS, 2002 ; MACIEL, et al., 2010).

O processo de envelhecimento provoca inúmeras alterações no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer mudanças no seu cotidiano, como, por exemplo, o aumento da possibilidade de sofrer quedas, que levam os idosos a tornarem-se mais dependentes de ajuda para realizar as atividades diárias (PAIVA et al., 2010).

A queda pode ser definida como um evento não esperado ou o deslocamento não intencional do corpo que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil (BUKSMAN et al., 2008).

Para Candeloro (2007), as quedas prejudicam o desempenho de habilidades motoras, dificultando a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, desencadeando modificações de ordem psicológica e social. Os idosos mais susceptíveis a quedas são aqueles que apresentam alguma enfermidade, especialmente as que levam a alterações da mobilidade, equilíbrio e controle postural, sendo a ocorrência de quedas diretamente proporcional ao grau de independência funcional.

Anualmente, no Brasil, cerca de um terço da população idosa apresenta queda, 13% caem de forma recorrente, apresentando como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento de institucionalização (PERRACINE ; RAMOS, 2002).

O evento queda constitui um problema de saúde pública entre os idosos, com graves consequências, sendo uma das principais causas de hospitalização e morte (ZENEWTON ; GÓMEZ-CONESA, 2008).

Tinetti (2003) acrescenta que mais de um terço das pessoas com 65 anos ou mais caem todos os anos no mundo, sendo as quedas recorrentes em metade dos casos. Para a autora, as quedas são causa de aproximadamente 10% das emergências hospitalares e 6% das hospitalizações de urgência, estando

associadas à restrição de mobilidade, declínio na capacidade de realizar atividades cotidianas e ao risco crescente de institucionalização.

Perracine e Ramos (2002) acreditam que, devido à idade, surgem os problemas de equilíbrio e marcha, fazendo com que essas dificuldades de mobilidade não sejam detectadas, até que uma queda com uma consequência grave ocorra. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca essa síndrome geriátrica como um dos grandes problemas de saúde pública, devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à sua maior longevidade, competindo por recursos já escassos e aumentando a demanda por cuidados de longa duração.

As quedas podem decorrer de negligências, omissões e maus-tratos, sendo importante ressaltar a universalidade do problema e sua dimensão histórica (MINAYO, 2003).

As quedas normalmente podem ocorrer por causas intrínsecas: decorrentes das alterações fisiológicas, que surgem com o processo natural do envelhecimento, como, por exemplo, o *déficit* de visão e audição, e distúrbios vestibulares; alterações patológicas; fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos e/ou por causas extrínsecas: aquelas relacionadas ao comportamento e atividades do indivíduo e ao seu ambiente (PEREIRA et al., 2001; FABRÍCIO et al., 2004; PAIVA, 2010).

As principais condições patológicas que predisõem à queda são doenças cardiovasculares, neurológicas, endocrinológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas e sensoriais (NASCIMENTO et al., 2008).

Os fatores extrínsecos que podem contribuir no processo de queda são as situações sociais e a estrutura do ambiente em que vive a pessoa idosa. As particularidades do ambiente incluem a iluminação inadequada; as superfícies escorregadias; os tapetes soltos; os degraus altos ou estreitos; os obstáculos no caminho; a ausência de corrimãos em corredores e banheiros; distúrbios nos pés, como dores, deformidades, e calçados inadequados; a via pública mal conservada com buracos ou irregularidades; e os maus-tratos (PEREIRA, et al 2001; FABRÍCIO et al., 2004; OMS, 2008).

A instabilidade postural aumenta com o envelhecimento e se manifesta por uma perda de reflexos de correção e um aumento na oscilação do corpo. A queda como consequência da instabilidade postural na população idosa relaciona-se ao

uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, que podem prejudicar o equilíbrio natural, assim acarretando sinais e sintomas ameaçadores ao equilíbrio do idoso, como hipotensão postural, tonteira, vertigem, zumbido, fraqueza muscular, fadiga e redução das funções motoras (GAI, 2008).

De acordo com Perracine (2009), existe uma classificação de quedas de acordo com o tempo de permanência no chão, sendo que a queda prolongada no chão é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos, por incapacidade de levantar-se sem ajuda. Os idosos que são mais predispostos a sofrer quedas prolongadas são aqueles com 80 anos ou mais, com dificuldade em atividades de vida diária, que têm disfunções em membros inferiores, tomam sedativos e moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados.

À medida que envelhecem, as pessoas apresentam um risco significativamente maior de experimentar um evento de queda e de sofrer uma lesão como consequência desse evento, principalmente as fraturas. Cerca de 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas. A fratura de quadril está relacionada a 33% de taxa de mortalidade em um ano e cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia do evento; além disso, observa-se que os pacientes idosos com fratura de colo de fêmur apresentam altos índices de mortalidade (PERRACINI, 2009; MESQUITA, 2009).

Fabrício (2004), em estudo realizado com idosos que estiveram internados por quedas em um hospital universitário, constatou que, dos idosos que haviam sofrido fraturas, as mais frequentes foram as de fêmur, com um percentual de 62%. A fratura de fêmur causa embolia e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda, podendo levar à morte.

As quedas, além de produzirem importante perda de autonomia e qualidade de vida entre idosos, podem também repercutir entre seus cuidadores, principalmente familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a sua rotina em função da recuperação ou adaptação do idoso após a queda (CARVALHO ; COUTINHO, 2002).

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo, porém há importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, mas, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem

tempo para uma reorganização social e estruturação da saúde para atender adequadamente às novas demandas emergentes (BARBOSA, BYINGTON ; STRUCHINER, 2000).

Os serviços de saúde e os profissionais precisam estar capacitados e preparados para atender essa necessidade, que está em crescimento, já que é possível prevenir o alto grau de gravidade dos problemas secundários decorrentes de quedas (MACIEL, et al., 2010).

O enfermeiro deve, então, estar atento aos problemas decorrentes da queda, a fim de intervir com um plano de ação, cuja meta seja o bem-estar do idoso e do cuidador (LANGE, 2005). O enfermeiro necessita firmar um compromisso mútuo com os familiares, pode-se dizer que o enfermeiro, sim a equipe multiprofissional como um todo, a fim de que seja propiciada ao doente uma qualidade de vida, mantendo conforto e dignidade (MARTINS et al, 2007)

Nesse contexto, percebe-se que a queda é o evento que gera maior alteração no processo de envelhecimento. Frente ao exposto, se verifica a necessidade de estrutura física adequada para os idosos, como, por exemplo, as cidades amigas da terceira idade, que disponibilizam semáforos mais lentos, centros de lazer e ruas preparadas para o tráfego dos idosos. Assim como a estrutura funcional, por meio de profissionais preparados para atender esse segmento etário e as alterações geradas pelo envelhecimento.

Dessa forma, torna-se necessário que a rede social do cuidado ao idoso após acidente por quedas seja mais ampla, compreendendo desde o suporte disponibilizado pelos familiares, até a implementação de políticas públicas para a garantia de um envelhecimento assistido e saudável. Para tanto, necessita-se de políticas públicas, assim como de profissionais voltados para nova demanda populacional.

4 Referencial teórico

Para conhecer a rede social do idoso após acidente por quedas foi escolhido como referencial teórico o **Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner**.

Explanando o referencial teórico

Bronfenbrenner foi criado por seus pais em uma instituição estadual para pessoas em sofrimento psíquico, no qual seu pai era neuropatologista. Essa instituição estava localizada no meio rural, e as pessoas, na maior parte do tempo, ficavam fora das enfermarias, participando de várias atividades, como oficinas ou trabalhos na fazenda. Os conhecimentos passados pelo pai e o rico terreno biológico e social influenciaram muito seus pensamentos. Além disso, muitos autores importantes, dentre eles Kurt Lewin, Dilthey e George Mead, estiveram presentes em sua vida acadêmica e contribuíram para o desenvolvimento da Abordagem Bioecológica, que iniciou na década de 70 (BRONFENBRENNER, 1996; KOLLER, 2004).

O primeiro modelo teórico esboçado por Bronfenbrenner (1996) tinha como foco principal o ambiente, ou seja, o contexto no qual a pessoa estava inserida. E a maneira como ela o percebia, mais do que como ele se configurava, era essencial para compreender o desenvolvimento humano. Em 1992, Bronfenbrenner denominou suas proposições de Teoria dos Sistemas Ecológicos e contemplou mais detalhadamente os aspectos do desenvolvimento atrelados à pessoa (BRONFENBRENNER, 1996; PRATI et al., 2008).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) foi reformulada várias vezes e reestruturada por Urie Bronfenbrenner e seus colaboradores. Com o progresso da Teoria, os seus conceitos básicos foram sendo revisados em relação à sua importância na compreensão do desenvolvimento humano (PRATI et al., 2008).

As reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris (1998), inclui uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento e fazem críticas à sua primeira abordagem, em relação à ênfase demasiada nos contextos de desenvolvimento, deixando a pessoa em desenvolvimento num segundo plano. Esse novo modelo que, em vez de ecológico passa a ser chamado de bioecológico, tende a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento.

A preocupação com o futuro das pesquisas em desenvolvimento humano levou Bronfenbrenner a propor um paradigma de pesquisa que permitisse contemplar uma investigação capaz de refletir tanto os processos de desenvolvimento, as forças dos ambientes sobre eles, como compreender os resultados dessa interação. Esse paradigma foi denominado por ele de Modelo Bioecológico (COPETTI ; KREBS, 2004).

Assim, nesta nova versão, as diferentes formas de interação das pessoas não são mais tratadas simplesmente como função do ambiente, mas como função do processo, que é definido em termos da relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

A evolução da Teoria provocou uma ampliação do entendimento do desenvolvimento, propondo uma recombinação dos seus principais componentes com novos elementos em relações mais dinâmicas e interativas, passando a ser denominada de Modelo Bioecológico. Esse Modelo considera quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo; e é definido também como modelo PPCT (PRATI et al., 2008). Ele constitui-se em um referencial teórico-metodológico apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento-no-contexto.

O **processo** é definido, atualmente, como a interação recíproca que ocorre nas díades desenvolvimentais¹, constituídas pela pessoa em estudo e seus objetos de interação, incluindo pessoas, objetos e símbolos (BRONFENBRENNER, 1996).

Com a reformulação da Teoria, o processo passou a ser o construto fundamental do novo modelo, um dos principais conceitos que ganhou importância foi o de processos proximais, os quais são formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e são considerados os primeiros mecanismos produtores do desenvolvimento humano. (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Essas interações podem ocorrer tanto com outras pessoas, como com objetos ou símbolos. Para que seja efetiva, no entanto, a interação deve ocorrer em uma base regular, por meio de períodos estendidos de tempo. Recentemente, esse aspecto da Abordagem Ecológica foi enfatizado como principal mecanismo para o desenvolvimento humano, sendo referido como processo proximal. Alguns exemplos de processos proximais são: alimentar e confortar um bebê, aprender novas habilidades, resolver problemas, cuidar de outras pessoas, fazer planos, realizar tarefas complexas e adquirir conhecimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Dessa forma, o processo proximal é considerado o primeiro produtor de desenvolvimento humano (COPPET ; KREBS, 2004).

Bronfenbrenner (1996) sublinha a importância da presença simultânea de cinco aspectos na sua definição de processo proximal: 1) Para que o desenvolvimento ocorra, é necessário que a pessoa esteja engajada em uma atividade; 2) Para ser efetiva, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, por meio de períodos estendidos de tempo, não sendo possível ocorrer efetivamente durante atividades meramente ocasionais; 3) As atividades devem ser progressivamente mais complexas, por isso a necessidade de um período estável de tempo; 4) Para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; 5) Para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração,

¹ É uma inter-relação entre as duas pessoas que apresentam como propriedade a reciprocidade, complexidade progressivamente crescente, mutualidade de sentimentos positivos e alteração gradual no equilíbrio do poder a favor da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

Bronfenbrenner e Morris (1998) acrescentam que os processos proximais podem produzir dois tipos de efeitos, com relação à natureza dos resultados evolutivos, sendo eles a competência, que se referem à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como por meio de uma combinação entre eles (intelectual, físico, socioemocional, motivacional e artístico); e a disfunção, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento através de situações e diferentes domínios do desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Quando ocorre disfunção, o seu impacto no desenvolvimento da pessoa será maior em ambientes desfavoráveis ou desorganizados, pois nesses ambientes as manifestações de disfunção são mais frequentes e mais severas (BRONFENBRENNER, 1996). Assim como, quando ocorre competência, o seu impacto no desenvolvimento da pessoa será maior em ambientes mais favoráveis ou estáveis, já que nesses ambientes as manifestações de competência ocorrem com mais frequência e intensidade (BRONFENBRENNER, 1996).

A **pessoa** é o segundo componente do Modelo Bioecológico e é percebida como a união de todas as características biológicas e psicológicas como também as construídas na interação com o ambiente. As características da pessoa são distinguidas em três constituintes dinamicamente relacionados entre si: demanda, disposição e recurso. (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

Demandas são características naturalmente presentes na pessoa desde a sua concepção, que se manifestam no decorrer do processo evolutivo e consistem em características inerentes que convidam ou desencorajam reações do ambiente sobre ela, como o próprio sexo, a etnia, a herança genética e o temperamento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

As disposições referem-se a comportamentos da pessoa que acionam e mantêm a sua interação com o ambiente. Quando aparecem, no decorrer do processo evolutivo, em situações como birra, choro compulsivo, ou reações altruístas, podem provocar algumas respostas ambientais, cuja interpretação direciona o desenvolvimento. Os recursos consistem nas características adquiridas e

internalizadas no processo de socialização e representam a interação efetiva entre pessoa e ambiente, sendo utilizados em diferentes momentos para implementar, ou não, seu desenvolvimento. Como exemplo, podem-se citar o apego, a autoestima e a competência social (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

O **contexto**, terceiro componente do Modelo Bioecológico, compreende a interação de quatro estruturas ambientais denominadas de microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. Segundo Bronfenbrenner (1996), essas estruturas são concêntricas e estão encaixadas uma dentro da outra, formando o ambiente ecológico. Para exemplificar essa definição, ele faz referência a um conjunto de bonecas russas.

O **microssistema** é descrito como um ambiente com características físicas e materiais específicas, no qual há um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados face a face pela pessoa em desenvolvimento. Os elementos do microssistema são a atividade, o papel e a relação interpessoal. Podem ser considerados exemplos de microssistema do homem sua família, trabalho, amigos, igreja, comunidade, serviço de saúde. (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

O papel é uma série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade, e de outro em relação àquela pessoa. Como exemplo, podem-se citar os papéis de trabalhador, provedor do lar e chefe de família, designados ao homem da sociedade ocidental.

O **mesossistema** “inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente”. É um conjunto de microssistemas e é ampliado sempre que uma pessoa em desenvolvimento entra em um novo ambiente (BRONFENBRENNER, 1996, p.21).

Na definição de mesossistema, Bronfenbrenner (1996), sugere a criação de uma rede social, em que a pessoa em desenvolvimento é a referência principal. Essa rede é formada tanto pelas pessoas que interagem diretamente com a pessoa em desenvolvimento quanto pelas que, de uma forma ou de outra, podem influenciar esse processo de desenvolvimento.

Bronfenbrenner(1996), acrescenta que o “mesossistema compreende as ligações e processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, que contém a pessoa em desenvolvimento, em outras palavras, o mesossistema é um sistema de microssistemas.” (p.227).

Ao reportar-se ao potencial desenvolvimental dos ambientes em um mesossistema, o autor refere que ele é:

aumentado se os papéis, atividades e díades em que a pessoa de ligação se envolve nos dois ambientes encorajam o desenvolvimento da confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos entre os ambientes e de um equilíbrio evolutivo de poder responsivo à ação em favor da pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996, p.165).

Um vínculo que satisfaz essas condições é o **vínculo apoiador**. O potencial de desenvolvimento de um ambiente aumenta conforme o número de vínculos apoiadores existentes entre este ambiente e outros. Esse potencial é aumentado quando os vínculos apoiadores são pessoas com as quais a pessoa em desenvolvimento criou uma díade primária, isso é, que continua a existir para ambos os participantes mesmo quando não estão juntos, e que se envolvem em atividades conjuntas e díades primárias com os participantes do novo ambiente (BRONFENBRENNER, 1996).

O **exossistema** se refere a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas nos quais ocorrem eventos que o afetam, ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente em que está a pessoa em desenvolvimento. (BRONFENBRENNER, 1996).

O **macrossistema** refere-se ao sistema mais amplo, que abrange todos os outros, e considera a cultura ou subcultura na forma e conteúdo dos seus micro, meso e exossistemas constituintes, e a qualquer sistema de crença ou ideologia (BRONFENBRENNER, 1996).

O **Tempo**, quarto componente da teoria Bioecológica, permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Sendo ele analisado em três níveis: micro, meso e macrotempo. O microtempo refere-se à continuidade *versus* descontinuidade, dentro de episódios contínuos de processo proximal. Já o mesotempo é a periodicidade desses episódios ao longo de intervalos maiores de tempo, tal como dias e semanas. E, por último, o macrotempo foca as expectativas e eventos mutáveis na sociedade mais ampla, tanto dentro quanto por meio das gerações, uma vez que elas são afetadas por processos e resultados do desenvolvimento ao longo do curso da vida.

Bronfenbrenner (1996) cita a rede social, dentro do modelo bioecológico, como um sistema de interação sequencial formado por pessoas que podem apoiar a pessoa em desenvolvimento, mesmo que esta não esteja presente. As redes sociais extensas e mais comuns são aquelas que cruzam os ambientes e por isso constituem elementos de um meso ou exossistema.

As redes sociais podem desempenhar três funções diferentes: proporcionam um canal indireto de comunicação, desejada quando não existe um vínculo direto; identificam recursos humanos ou materiais de um ambiente necessários em outro; servem de canais para transmitir informações sobre um ambiente para o outro (BRONFENBRENNER, 1996).

A qualidade de vida depende da diversidade de fatores determinantes que derivam de uma história de interações interpessoais e ambientais em um interjogo contínuo de influências internas e externas, passadas e presentes. A abordagem bioecológica de Bronfenbrenner aponta que as características da pessoa em desenvolvimento estão entrelaçadas no tecido social de forma não separável. De acordo com essa concepção sistêmica, as propostas só terão sentido se levarem em consideração os processos de troca que ocorrem tanto dentro quanto entre os sistemas constituídos pelos indivíduos, seus provedores de cuidados, a família e outros contextos.

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, tendo como objeto a rede social do idoso acometido por quedas. O método utilizado será a inserção ecológica construída por Koller e Ceconello em 2004, e está fundamentada na Teoria dos Sistemas Ecológicos (BRONFENBRENNER, 1999).

De acordo com Minayo (2007, p.57) a pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, e de como sentem e pensam.

Chizzotti (2000) complementa, trazendo que a abordagem qualitativa consiste na relação do mundo com o sujeito, identificando uma interdependência entre a objetividade do mundo e a subjetividade do sujeito. Assim, o sujeito é parte integrante do processo de conhecimento, interpreta fenômenos e significados, enquanto considera o objeto um dado não imóvel, bruto, e sim repleto de significados possíveis de ações futuras.

As metodologias qualitativas para Minayo (2007, p.22-23) são:

[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Dessa forma, considerando o objeto deste estudo, percebe-se a importância da utilização desta metodologia que tem como foco a subjetividade do sujeito e as

relações humanas e suas ações, não se preocupando em quantificar o que apreende da realidade (MINAYO, 2007).

No estudo será utilizada a inserção ecológica, que, segundo Cecconello e Koller (2004), é um método de pesquisa em ambiente natural, utilizada para estudo do desenvolvimento-no-contexto, que busca envolver a sistematização dos quatro aspectos: pessoa, processo, contexto e tempo. A inserção ecológica exige, então, o real engajamento da pesquisadora no ambiente estudado, o que requer a presença constante, significativa e estável da mesma. Dessa forma, a pesquisadora deve tornar-se parte do ambiente para adquirir a condição de inserida ecologicamente no contexto. Esta metodologia induz a pesquisadora a colocar a si própria como instrumento de observação, seleção, análise e interpretação dos dados.

Assim, por meio dessa abordagem será possível conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, levando em consideração o desenvolvimento humano e suas inter-relações.

5.2 Local do estudo

O estudo será desenvolvido na residência dos sujeitos, os quais serão captados por meio de um levantamento prévio dos dados de identificação nas fichas de atendimento em um serviço de traumatologia de um hospital de grande porte da região sul do Rio Grande do Sul.

Essa instituição, como o maior hospital geral da região, atende o município sede, nas zonas urbana e rural, com uma população aproximada de 350 mil habitantes, bem como os municípios que compõem a região sul do Rio Grande do Sul, entre a Lagoa dos Patos, o Oceano Atlântico e a divisa com o Uruguai. O serviço de traumatologia, tem contrato com a Secretaria de Saúde da cidade e tem uma cobertura 100% SUS. Possui atendimento 24 horas clínico e cirúrgico, de alta complexidade o que o torna referência da na Região Sul.

5.3 Sujeitos do estudo

Farão parte do estudo idosos acometidos por acidentes por quedas, com alguma consequência traumática, atendidos no serviço de traumatologia de uma instituição de grande porte da região sul do Rio Grande do Sul.

Estão previstos para fazerem parte do estudo cinco idosos acometidos por quedas, sendo que o número dos sujeitos irá cessar à medida que contemplarem os objetivos do estudo.

5.4 Critérios de inclusão dos sujeitos

Para o melhor desenvolvimento do estudo e consecução dos objetivos, os sujeitos serão escolhidos conforme os seguintes critérios de inclusão:

Ser idoso, (60 anos ou mais); ser capaz de manter uma comunicação compreensível durante a realização da entrevista; ter sofrido acidente por quedas nos meses de outubro a dezembro de 2010, o que garante um período mínimo de 60 a 90 dias após o acidente por quedas, tempo em que o idoso fica mais dependente; ter como consequência da queda a fratura em membro inferior, e essa escolha deve-se às fraturas de membros inferiores, principalmente de quadril, apresentar maior incidência após o acidente por quedas, e também por serem consideradas como evento incapacitante; ser residente no perímetro urbano do Município de Pelotas/RS. Concordar com a gravação das entrevistas; aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos.

5.5 Procedimentos para a coleta de dados

Primeiramente será encaminhado um pedido de autorização à direção da instituição para se ter acesso às fichas de atendimento dos sujeitos dos meses de outubro a dezembro de 2010 (Apêndice A), das quais serão utilizados dados como telefone, endereço e motivo do atendimento. Após a aprovação da direção da instituição (Anexo A), o projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel para apreciação e permissão para o desenvolvimento da mesma (Apêndice B).

Depois da autorização do comitê de ética (anexo B), será realizada a seleção dos sujeitos, por meio de um levantamento prévio dos dados de identificação nas fichas de atendimento do serviço de traumatologia da cidade. Serão selecionados idosos que tenham procurado o atendimento por decorrência de uma queda, que apresente como consequência fratura em membro inferior.

Após, entrar-se-á em contato por telefone com o provável sujeito, para explicar os objetivos do estudo e o processo de desenvolvimento do mesmo, solicitando sua participação.

Aos sujeitos que aceitarem o convite, na primeira visita será entregue as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C), que será lido e assinado por eles ou por um responsável e pela pesquisadora. A coleta de dados se realizará de janeiro a julho de 2011, quando a pesquisadora irá inserir-se na residência dos sujeitos, por meio de encontros freqüentes, a fim de criar um vínculo com os mesmos, para maior efetividade do estudo.

O método utilizado para a coleta dos dados será a inserção ecológica, e as técnicas utilizadas serão a entrevista semiestruturada, conforme instrumento de pesquisa (Apêndice D), sendo esta gravada e posteriormente transcrita na íntegra, a construção do genograma e comapa (Apêndice E), observação simples e diários de campos (Apêndice F), que serão realizados a partir das observações e anotações do cotidiano do sujeito.

A proposta bioecológica de investigação por observação naturalística privilegia a inserção ecológica do pesquisador no ambiente a ser estudado. Nesse sentido, formas de investigar esse ambiente e os fenômenos nele presentes (processo, pessoa, contexto e tempo) requerem o estabelecimento de critérios rigorosos de coleta e análise de dados. (BRONFENBRENNER, 1979/1996).

A inserção ecológica foi construída por Bronfenbrenner em 1999 e sistematizada por Ceconelo e Koller em 2004, a partir de cinco critérios descritos:

- 1) Para que o processo proximal ocorra, é necessário que a pessoa esteja engajada em uma atividade, nesta pesquisa, a pesquisadora estará engajada na tarefa da entrevista. A entrevistadora, por meio dos encontros, torna-se parte do ambiente do idoso, inserindo-se ecologicamente no contexto da pesquisa.

- 2) Para ser efetiva, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, por meio de períodos estendidos de tempo, não sendo possível ocorrer efetivamente durante atividades meramente ocasionais. Nesta pesquisa, serão

realizados encontros nas residências dos participantes, para a execução das entrevistas. A coleta de dados ocorrerá com agendamento prévio, conforme a disponibilidade de horário dos sujeitos e da pesquisadora, a qual irá frequentar a residência dos sujeitos, a fim de criar um vínculo com os mesmos. A cada encontro será realizado o agendamento do próximo com a pessoa idosa.

3) As atividades devem ser progressivamente mais complexas, por isso a necessidade de um período estável de tempo. Nesta pesquisa, será realizada um encontro informal para a apresentação da pesquisadora e dos objetivos do estudo; em um segundo momento será realizado o genograma do idoso; nos próximos dois encontros será aplicado o instrumento de pesquisa; em outro momento será feito o ecomapa desse sujeito; e os demais encontros serão para resgate de alguma questão que tenha ficado em aberto ou com resposta ineficaz, assim como para realizar observação do sujeito em seu contexto.

Estão previstas visitas com um tempo mínimo de uma hora, pois se acredita que para criar um vínculo seja necessário um contato maior com a pessoa idosa, assim como a realização de vários encontros, nos quais os questionamentos serão realizados progressivamente, satisfazendo os objetivos da pesquisa.

4) Para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais. Desse modo, os encontros serão realizadas progressivamente, conforme a inserção da pesquisadora no ambiente da pessoa idosa, objetivando a interação entre elas, e cessarão à medida que se atingir o objetivo do estudo.

5) Finalmente, para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento .

A inserção ecológica será realizada com o acompanhamento desses idosos durante no mínimo três meses, incluindo visitas freqüentes, conversas informais, realização do genograma, ecomapa, entrevista semiestruturada, observações simples e apontamentos em um diário de campo.

Genograma é uma representação gráfica de uma família, juntando num mesmo esquema os membros da mesma, geralmente no mínimo com três gerações, as relações que os unem, a qualidade da relação e as informações de saúde que se podem associar (WRIGHT ; LEAHEY, 2008).

Para Wright; Leahey (2008), o ecomapa é um diagrama que representa visualmente os relacionamentos entre os membros da família e os sistemas mais amplos, ou seja, representa as conexões importantes entre a família e o mundo. Na constituição do ecomapa, a pessoa está ligada a outros círculos que representam o trabalho, pessoas significativas e instituições acessadas pela família. Os vínculos são representados por meio de linhas e classificados como negativo, muito superficial, superficial, moderado e forte.

Triviños (2008) entende por entrevista semiestruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e pressupostos, que interessam à pesquisa e oferecem amplo campo de interrogativas. Ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Em relação à flexibilidade da entrevista semiestruturada, a mesma permite ao entrevistador a possibilidade de pedir esclarecimento ou repetição das respostas e sua reformulação, quando necessário, a fim de garantir a compreensão. Além disso, é possível observar a forma com que o sujeito se expressa ou reage frente às perguntas feitas, podendo-se avaliar atitudes e condutas (MARCONI e LAKATOS, 2007).

O diário de campo é um instrumento a que se recorre em qualquer momento da rotina de trabalho que está sendo realizada. Nele o pesquisador coloca, diariamente, suas observações, informações, impressões, dentre outros aspectos que não são alcançados com outras técnicas (MINAYO, 2007).

Serão seguidos cautelosamente todos os critérios da análise para que a mesma seja efetiva.

5.6 Respeito humano com os participantes da pesquisa

Neste estudo serão respeitados a Resolução 196/96² do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

² Resolução 196/96: incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa

Respeitando a dignidade humana, será entregue aos participantes do estudo uma apresentação dos objetivos, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, que será assinado pelos sujeitos. Nesse Termo constarão, também, a garantia do anonimato, o livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa e a liberdade de desistir a qualquer momento.

Os sujeitos serão identificados por nomes fictício e idade.

5.7 Análise dos dados

Os dados serão analisados de acordo com a análise temática proposta por Minayo (2007). Os conceitos de processo, pessoa, contexto e tempo, descritos no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, também irão compor as interpretações das relações e inter-relações do idoso após acidente por quedas.

Segundo Minayo (2007, p.315), “a noção de tema está ligada a uma afirmação sobre determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo”.

Para Minayo (2007), a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico analisado.

Para que a análise ocorra de maneira eficaz, primeiramente os dados obtidos das entrevistas, diário de campo, genograma e ecomapa serão organizados e se fará uma leitura profunda do conjunto das comunicações. Após, serão selecionadas as palavras ou expressões significativas que irão organizar o conteúdo das falas e do registro do diário de campo, formando, então, as temáticas. E, finalizando a análise, serão realizadas as interpretações, procurando os significados e inter-relações com a teoria, a partir da organização dos dados (MINAYO, 2007).

Para a elaboração do ecomapa e genograma será utilizado o *software* DIA (0.97), que possibilita a visualização gráfica do instrumento.

5.8 Divulgação dos Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados e discutidos na dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPel. Além disso, serão publicados na forma de artigos científicos em periódicos indexados da área da enfermagem e apresentados em eventos científicos relacionados ao tema.

Os dados coletados na pesquisa serão guardados conforme a Resolução 196/96, artigo IX.2³, e após cinco anos serão destruídos.

³ Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

6 Cronograma

Quadro I- planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Período Atividade	2010		2011	
	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Definição do tema	X			
Encontros com orientador	X	X	X	X
Realização das disciplinas	X	X	X	
Revisão de literatura	X	X	X	X
Elaboração do projeto		X		
Exame de Qualificação do Projeto			X	
Envio do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa		X		
Coleta de dados*			X	
Análise dos dados			X	X
Construção da dissertação			X	X
Elaboração do artigo da dissertação			X	X
Sustentação da dissertação				X

* Após a aprovação Pelo Comitê de Ética em Pesquisa

7 Recursos envolvidos

7.1 Recursos humanos

- Transcritor de gravações de áudio
- Revisor de português, inglês e espanhol

7.2 Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 2- Orçamento para realização da pesquisa

Materiais	Quantidade	Custo unitário em R\$	Custo em R\$ total
Lápis	10	1,00	10,00
Borracha	10	0,60	6,00
Caneta	10	1,30	13,00
Caneta marca texto	10	1,10	11,00
Cd	06	1,30	7,80
Caderno 96 folhas	10	2,50	25,00
Xerox (cópias)	1000	0,15	150,00
Encadernação final	06	25,00	150,00
Impressão	600	0,10	60,00
Revisão de Português	02	200,00	400,00
Revisão do resumo em espanhol	02	30,00	60,00
Revisão do resumo em inglês	02	30,00	60,00
Cartucho de tinta	08	23,00	176,00
Livros	04	120,00	420,00
Folhas de ofício A4 (pacote de 500 folhas)	10	16,00	160,00
Transporte	180	2,20	346,00
Pendrive	01	20,00	20,00
Gravador digital	01	149,00	149,00
Notbook	01	1.500	1.500
Total			3.723,80

Obs.: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela mestranda

REFERÊNCIAS ⁴

ARAÚJO, S. S. C. et al. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.203-216, jan./jun. 2006.

BARBOSA, M.T.S.; BYINGTON, M.R.L.; STRUCHINER, C.J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, sup.1, p.37-51, 2000.

BIFFI, R.G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro social. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v.38, n.3, p. 262-269, 2004.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.16, n.1, jan./fev. 2008.

BUKSMAN S. et al. **Quedas em idosos**: prevenção. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia. 2008.
Disponível em: <<http://www.projetediretrizes/082.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2010.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**. Brasília, 2006. (Série A; n.19).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Série E. Legislação de Saúde. 2003. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>> Acesso em: 05 out. 2010.

⁴ Teses, dissertação e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas/ Carmem Lúcia Lobo Giusti et al.. Pelotas, 2006. 61f.

BEZERRA, A.F.B.; BATISTA, F. M.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p.809-815, 2005.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development: experiments by nature and design**. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

BRONFENBRENNER, U. & MORRIS, PAMELA, A. The Ecology of Developmental Process. In: DAMON, I.; LERNER, R.M. **Handbook of child psychology: theoretical models of human development**. New York: John Wiley & Sons, 1998. v.1, p. 992-1027.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CANDELORO, J.M.; CAROMANO, F.A. Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.4, p. 303-309, jul./ago. 2007.

CARNEIRO, R.S.; FALCONE, E.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CARVALHO, A.M.; COUTINHO, E.S. F. **Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

CECCONELLO, A.M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CHIZZOTTI, A. C. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

COPETTI, F.; KREBS, R. J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.67-89.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.16, n.3, p.221-231, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf> Acesso em: 17 nov. 2009

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR M. L. C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.93-99, 2004.

FILHO, C. E.T. de. Fisiologia do envelhecimento. In: NETTO, Papaléo. **Manual de gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.60-70.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população por faixa etária e sexo - Rio Grande do Sul - 2010**. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao_tabela_02.php?ano=2010>. Acesso em: 17 nov. 2010.

GAI, J. **Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade**. 2008. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília. Brasília.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2010.

INOUYE, K; PEDRAZZANI, E. S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, set./out. 2007.

KOLLER, S.H. (Org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2005.

MACIEL, S. S. S. V. et al. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o sistema de informações sobre mortalidade. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.1, p. 25-31, jan./mar. 2010.

MARCONI; LAKATOS. **Fundamentos da metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v.30, n. 1, p. 71-81, jan./abr., 2001.

MARTINS E; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de urie bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 1, 2004.

MARTINS J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.254-262, abr./jun. 2007.

MENESES, M.P.R. **Redes sociais-pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2007. 136f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MESQUITA. G. V. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.1, p.631-777, jan./mar. 2009.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, F. A.; VARESCHI, A. P.; ALFIERI, F. M. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.37, n.2, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia global**: cidade amiga do idoso. 2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/guia_cidade_amiga_do_idoso.pdf. Acesso em: 22 out. 2010.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R., BERT, H. W. Campanha, Álvaro Oscar. Caracterização das quedas em pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev Esc Enfermagem**, São Paulo, v.44, n.1, p.134-138, 2010.

PEREIRA, S. R. M. et al. **Quedas em Idosos**. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001.

PERRACINI, M. C.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.6, p.709-716, 2002.

PINTO, J. L. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.753-764, 2006.

PRATI, L. et al. Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.1, p.160-169, 2008.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2982-2992, 2007.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência e saúde coletiva**, v.7, n.4, p.899-906, 2002.

SIMIONATO, M.A.W.; MARCON, S.S. A construção de sentidos no cotidiano de universitários com deficiência: as dimensões da rede social e do cuidado mental. **Psicologia para América Latina**, México, n.7, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo> Acesso em: 21 abr. 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas SMAD**, Ribeirão Preto/SP, v.2, n.1, p.1-17, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf> Acesso em: 5 mar. 2010.

SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1153-1163, 2008.

TINETTI, M. E. **Preventing falls in elderly persons**. N Engl J Med. 2003; 348:42-9.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

WONG L. L. R; CARVALHO J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population Ageing: a public health challenge. Geneva: WHO; 1998. Fact Sheet No.135. **Revista de Saúde Pública**, v,36, n.4, p.448-454, 2002.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4.ed. São Paulo: Roca, 2008.

ZENEWTON, A.S.G; GÓMEZ-CONESA, A. **Rev Saúde Pública**. 2008;42(5):946-56
Unidad de meta-análisis. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Murcia.
Murcia, España **Correspondencia | Correspondence**: Zenewton André da Silva
Gama Departamento de FisioterapiaFacultad de Medicina.

Apêndices

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO À DIREÇÃO DA INSTITUIÇÃO

De: Patrícia Mirapalheta Pereira (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da UFPel) e Celmira Lange (Orientadora Prof^a. Dr^a. da UFPel)

Para: DIRETOR DA INSTITUIÇÃO

Prezado Senhor

Vimos, por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a permissão para ter acesso às fichas de atendimento dos idosos acometidos por quedas que tiveram como consequência fratura, e foram atendidos no setor de traumatologia no período de outubro a dezembro de 2010. As fichas de atendimento serão o primeiro passo para fazer o contato com os mesmos, por meio de telefone, convidando-os para participarem da pesquisa intitulada: **Rede social no cuidado ao idoso após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica à enfermagem.**

A pesquisa tem por objetivo: Conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasado na abordagem bioecológica e identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas.

Informamos que serão utilizados das fichas de atendimento, somente o nome, idade, telefone, endereço e motivo do atendimento. Estes e os dados coletados junto aos sujeitos serão utilizados, exclusivamente, para produção científica, que resultará em um trabalho dissertativo para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Celmira Lange.

A pesquisa será realizada somente depois de autorizada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e os sujeitos só participarão da mesma após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.

Atenciosamente,

Patrícia Mirapalheta Pereira

Mestranda PPGEnf UFPel

Celmira Lange

Orientadora

Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

**SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA UFPel**

De: Patrícia Mirapalheta Pereira (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da UFPel) e Celmira Lange (Orientadora Prof^a. Dr^a. da UFPel)

Para: PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prezado(a) Presidente

Vimos, por meio desta, solicitar, a Vossa Senhoria apreciação e permissão para desenvolver a pesquisa: **Rede Social no Cuidado ao Idoso Após Acidentes Por Quedas: uma abordagem bioecológica à enfermagem.**

A pesquisa tem por objetivo: Conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasado na abordagem bioecológica e identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas.

Informamos que os dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para produção científica, que resultará em um trabalho dissertativo para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Celmira Lange.

Os sujeitos só participarão da pesquisa após a autorização do Comitê de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº. 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Desde já agradecemos pela atenção.

Atenciosamente,

Patrícia Mirapalheta Pereira

Mestranda PPGEnf UFPel

Celmira Lange

Orientadora

Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**FACULDADE DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada **“Rede Social no Cuidado ao Idoso Após Acidentes Por Quedas: uma abordagem bioecológica à enfermagem”**. Esta pesquisa tem por objetivo Conhecer a rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas, embasado na abordagem bioecológica e identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, de que serão realizados uma entrevista com perguntas a respeito da rede social do idoso após acidentes por quedas; o ecomapa, que consiste no diagrama que representa visualmente os relacionamentos entre os membros da família e os sistemas mais amplos, ou seja, representa as conexões importantes entre a família e o mundo; assim como observações e anotações em um diário de campo durante as visitas. Além disso, declaro estar ciente dos meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me a qualquer momento, se assim o desejar.

- A coleta de dados não acarretará em riscos, pois não prevê procedimentos invasivos, ou de ordem moral, considerando que durante a entrevista as questões poderão ser respondidas na totalidade ou em parte.

- A segurança de que não serei identificado na entrevista que será realizada e gravada pelo pesquisador, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas.

- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, e de que ficarão sob a

guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.

Ciente, eu _____ concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ____, de _____ de 2010

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora: Patrícia Mirapalheta Pereira..... telefone: (53)81254446

e-mail: patihepp@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Celmira Lange.....telefone: (53)91566878

e-mail: celmira_lange@terra.com

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS IDOSOS APÓS ACIDENTES POR QUEDAS

Orientanda: Patrícia Mirapalheta Pereira

Orientadora: Prof^a. Dra. Celmira Lange

Dados de identificação

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Renda: _____

Motivo da queda: _____

Consequência da queda: _____

Data da coleta _____

Questões – entrevista

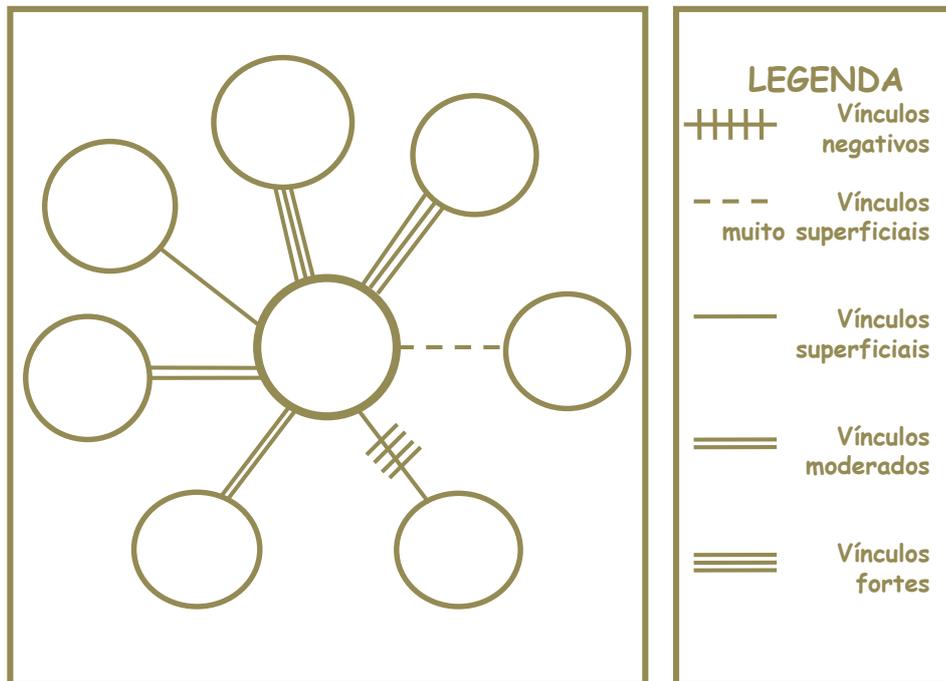
- 1 Como ocorreu a queda?
2. Com quantas pessoas Sr.(a) convive? Quem são essas pessoas?
3. Como é seu relacionamento com essas pessoas?
4. Essas pessoas fazem parte da sua rede há muito tempo?
5. Comente com quantas pessoas o Sr.(a) possui um vínculo e quais os papéis ou funções destas pessoas com o Sr.(a)?
6. Quais são para o(a) Sr.(a) as pessoas importantes na família, no trabalho, entre os amigos e vizinhos? Por quê?
7. Existem pessoas que fragilizam ou dificultam o(a) Sr.(a) na sua vida? Quais são e por quê? Há quanto tempo essas pessoas fazem parte da sua rede? Estão presentes desde antes da queda ou somente agora?
8. Quem o(a) Sr.(a) considera que lhe demonstra amor e afeto? Como percebe esses sentimentos?
9. Existe alguém em quem o(a) Sr(a) confie, com quem compartilhe suas preocupações, medos, e que compreenda seus problemas, quando necessite? Quem? Como isso acontece?
10. A quem o(a) Sr.(a) pede conselhos e informações quando necessita compreender uma determinada situação?

11. O(A) Sr.(a) necessita ou necessitou de ajuda financeira ou material após o acidente por quedas? Com a ajuda de quem o(a) Sr.(a) pode contar? (Família, amigos, vizinhos, serviços de saúde, igreja, escola, prefeitura, associações, empresas, etc.)
12. Fale-me como são realizadas suas tarefas diárias, o preparo de suas refeições e a limpeza da casa. Quando necessita de auxílio para realizar essas tarefas, quem lhe oferece esse suporte?
13. Para as atividades fora de casa, como realização de compras, pagamentos, entre outras coisas, o(a) Sr.(a) conta com a ajuda de alguém? De que maneira?
14. Para as atividades dentro de casa, como tomar banho, deslocar-se de um cômodo para outro, entre outras coisas, o(a) Sr.(a) conta com a ajuda de alguém? Quem?
15. Se o(a) Sr.(a) necessita de alguém que o(a) acompanhe ao médico ou em outra locomoção, com quem pode contar?
16. O(A) Sr.(a) participa de reuniões de associações de moradores ou de funcionários, sindicatos ou partidos? O que essa sociedade significa para o(a) Sr.(a)?
17. O(A) Sr.(a) participa de instituições comunitárias (serviços de saúde, igreja, escola, entre outros)? Quais são as mais úteis? E as menos úteis?
18. Após o acidente por quedas consegue sair de casa? Tem alguém com quem o(a) Sr.(a) saia para se distrair, relaxar ou se divertir?

Apêndice E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DO ECOMAPA

Orientanda: Patrícia Mirapalheta Pereira
Orientadora: Dra. Celmira Lange



Apêndice F**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DIÁRIO DE CAMPO**

Orientanda: Patrícia Mirapalheta Pereira
Orientadora: Dra. Celmira Lange

Assunto a ser observado:	
Nome do observador: Número da observação: Data: ____/____/____ Hora: ____ Local: _____ Duração da entrevista: _____h	Data da realização do comentário: __/__/__
Notas de campo	Reflexões

Anexo

Anexo A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEMCARTA DO SETOR DE TRAUMATOLOGIA CONCEDENDO AUTORIZAÇÃO
PARA ACESSO ÀS FICHAS DE ATENDIMENTO DOS IDOSOS APÓS QUEDA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a aluna do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Pelotas Patrícia Mirapalheta Pereira e a orientadora Profª Drª Celmira Lange o acesso às fichas de atendimento dos idosos acometidos por quedas, que tiveram como consequência fratura, atendidos no setor de traumatologia no período de outubro á dezembro de 2010.

Fica claro que os dados de identificação contidos nas fichas de atendimento do setor de traumatologia, serão utilizados para um realizar um contato por telefone com os sujeitos, a fim de convidá-los a participarem da pesquisa intitulada: **Rede social dos idosos após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica**, que tem por objetivo: Conhecer a rede social do idoso após o acidente por quedas. Sendo que, a pesquisa será realizada na residência dos mesmos.



Responsável pelo serviço de traumatologia da instituição

Pelotas, 22 de novembro de 2010

Anexo B

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 173/2010
Profª Enfª Drª. Celmira Lange

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhor Pesquisador:

De acordo com a reunião deste Comitê em 20/ 12 / 2010, Ata nº 08/2010 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Rede social dos idosos após acidentes por quedas: uma abordagem bioecológica”**.

Protocolo interno N ° 113/2010

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 20 Dezembro 2010.


Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPEl
COREN-RS 21885

II Relatório do Trabalho de Campo

Relatório do Trabalho de Campo

O presente relatório foi elaborado como requisito parcial para conclusão do Mestrado em Enfermagem, na linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

O mestrado teve início em março de 2010, e o exame de qualificação foi realizado no segundo semestre de 2010, juntamente com o envio do projeto de pesquisa para aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem UFPel. Para desenvolver a pesquisa, foram realizados encontros no mês de maio de 2010 com o professor orientador para definir o tema e, posteriormente à definição, ocorreram encontros semanais que perduraram até o momento da sustentação da dissertação.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner. Esse Modelo possibilitou a investigação e a análise do fenômeno por meio de quatro núcleos inter-relacionados: pessoa, processo, contexto e tempo (modelo PPCT). Promoveu o conhecimento de como as pessoas ou o grupo familiar vivenciou determinada experiência (processo de cuidar após acidente por quedas), inseridas em diferentes ambientes ou contextos.

Portanto, esse referencial teórico constitui-se em um modelo que enfatiza as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento e é apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento no contexto.

A preocupação com o futuro das pesquisas em desenvolvimento humano levou Bronfenbrenner a propor um paradigma de pesquisa que permitisse contemplar uma investigação capaz de refletir tanto os processos de desenvolvimento, as forças dos ambientes sobre eles, como compreender os resultados dessa interação. Esse paradigma foi denominado por ele de Modelo Bioecológico (COPETTI; e KREBS, 2004).

Assim, nesta nova versão, as diferentes formas de interação das pessoas não são mais tratadas simplesmente como função do ambiente, mas como função do processo, que é definido em termos da relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996).

Esse Modelo considera quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo; e é definido também como modelo PPCT (PRATI et al., 2008). Ele constitui-se em um referencial teórico-metodológico apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento no contexto.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel sob o Parecer nº 173/2010

Participaram do estudo quatro idosos acometidos por quedas, com alguma consequência traumática, atendidos no serviço de traumatologia de uma instituição de médio porte da região sul do Rio Grande do Sul, no período de outubro a dezembro de 2010. Para garantia de anonimato, o sujeito foi identificado por nome fictício e idade.

A coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos e os mesmos foram captados por meio de um levantamento prévio dos dados de identificação nas fichas de atendimento do serviço de traumatologia do hospital referido. Posteriormente foi realizado contato telefônico para explicar os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar do estudo. As datas dos encontros para realização do estudo foram marcadas de acordo com a disponibilidade do idoso e da pesquisadora.

No mês de janeiro de 2011, a pesquisadora iniciou a coleta de dados, por meio da inserção ecológica no ambiente dos idosos. Para esse deslocamento foi utilizado o próprio carro da pesquisadora, sendo que todos os idosos residiam na zona urbana da cidade, requisito utilizado como critério de inclusão do sujeito na pesquisa.

Neste estudo, a inserção da pesquisadora no ambiente dos idosos ocorreu em um período de três a seis meses. Essa inserção incluiu visitas freqüentes no contexto domiciliar do idoso, no qual foram realizadas observações, conversas informais e a entrevista com os idosos, de acordo com o objetivo do estudo. A partir dessa inserção foi possível conhecer qual era a rede social de cuidado desses idosos após acidente por quedas.

A Inserção Ecológica apoia-se nos cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais (PRATI et al., 2008):

(a) A entrevistadora, por meio de encontros, tornou-se parte do ambiente do idoso, inserindo-se ecologicamente no contexto da pesquisa. O primeiro encontro aos idosos ocorreu no mês de janeiro de 2011, quando foram retomados e apresentados novamente os objetivos do estudo e o convite para cada idoso a

participar da pesquisa. Nesse encontro também foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela pessoa idosa e pesquisadora, nesse momento os idosos também explicaram como ocorreu a queda, quem o socorreu e como foi o atendimento por parte das equipes de saúde que os atenderam no dia.

Neste estudo, o engajamento da pesquisadora com os sujeitos investigados em uma atividade compreendeu o momento da construção do genograma e ecomapa por todas as pessoas da família; as entrevistas; as orientações sobre a queda e conseqüências geradas por elas; momentos de pausa na degustação do lanche; momentos de realização de curativos nos idosos que tinham lesões decorrentes da queda, assim como a administração de medicamentos intramusculares. Houve trocas recíprocas com os idosos, e a pesquisadora também se inseriu em uma atividade, quando recebeu flores do jardim da esposa de um idoso, assim como quando foi presenteada com frutas colhidas por uma das idosas do pomar de seu pátio.

No momento do segundo encontro houve o auxílio e a participação dos familiares na construção do genograma, e o ecomapa foi construído ao longo das entrevistas. Ambos foram elaborados baseados em Wright e Leahey (2008). No decorrer do processo de construção do genograma alguns idosos se emocionaram, por lembrarem de situações conflituosas ou de pessoas que já haviam falecido.

Ainda no mesmo encontro foram retomados aspectos relacionados aos vínculos entre os familiares, amigos, vizinhos, pessoas da comunidade e profissionais da saúde, que fizeram parte da rede social dos idosos e suas famílias. A cada encontro as questões referentes ao objeto investigado eram aprofundadas, buscando conhecer quem participava do cuidado do idoso após o acidente por quedas.

(b) Neste estudo foram realizados de cinco a oito encontros com cada idoso, todos em seu contexto domiciliar, por um período de três a seis meses, a fim de criar um vínculo com os mesmos. A coleta de dados ocorreu com agendamento prévio, conforme a disponibilidade de horário dos sujeitos e da pesquisadora. A cada encontro foi realizado o agendamento do próximo com a pessoa idosa.

(c) Os encontros informais progrediam para conversas que abordaram temas cada vez mais complexos. Cada visita teve uma duração superior há duas horas, pois se acredita que para criar um vínculo seja necessário um contato maior com a pessoa idosa. E os questionamentos foram realizados progressivamente,

juntamente com anotações no diário de campo, satisfazendo os objetivos da pesquisa. As conversas com os idosos se iniciavam com informalidade como contar acontecimentos de quando eram jovens, e nesses momentos se manifestavam sentimentos de saudades, alegria e tristeza.

No terceiro e quarto encontro foi aplicado instrumento de pesquisa (um questionário contendo dezessete questões abertas, as quais norteiam os objetivos da pesquisa (Apêndice D). Algumas questões eram mais demoradas de serem respondidas, devido aos idosos contarem sobre acontecimentos passados durante as entrevistas. Em outro encontro realizou-se a validação do ecomapa, a fim de resgatar os vínculos apoiadores desses idosos e conhecer os efeitos de competência e disfunção com os membros da família. Os encontros posteriores eram para resgatar algumas questões que não haviam ficado claras.

(d) Nesta pesquisa, as visitas foram realizadas progressivamente, conforme a inserção da pesquisadora no ambiente dessas pessoas. A interação face a face com os idosos proporciona riqueza de informações para o melhor desenvolvimento da pesquisa.

Durante os encontros realizados com os idosos, as famílias fizeram parte do estudo, foram acolhedoras, mostrando o interesse em participar do mesmo, respondendo a todos os questionamentos e acolheram e interagiram com a pesquisadora a tal ponto de convidava-la para um deleite servindo guloseimas. Nesses encontros, principalmente nesses momentos de interação pôde-se observar melhor o contexto da pessoa idosa, o vínculo com sua família, assim como com a pesquisadora.

Com uma das idosas aconteceu um vínculo muito forte. Ela aguardava ansiosa pela visita da pesquisadora, fazia contato telefônico fora do horário dos encontros, marcou um café da manhã com a pesquisadora, presenteou-lhe flores e chocolate e relatava o quanto se sentia só e gostava de sua presença.

Na busca por ferramenta metodológica que fizesse uma aproximação com as pessoas do estudo, o contexto e o objeto investigado, o método da Inserção Ecológica, do Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner foi extremamente útil. Esse método permitiu compreender os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo.

(e) O ambiente nesse tipo de investigação possui um papel-chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem. Os processos

proximais surgem por meio da interação recíproca, complexa e regular de pesquisadores, família, comunidade, objetos e símbolos presentes no contexto, constituindo a base de toda investigação que adota a Inserção Ecológica.

Os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como ocorre o desenvolvimento inserido no contexto em estudo. A construção do genograma e do ecomapa proporcionou reflexões sobre os vínculos, as interações e processos de viver, cuidar e reabilitar da pessoa idosa ao longo do tempo.

A pesquisadora, ao interagir com o idoso em estudo, conseguiu captar informações importantes para responder às questões da pesquisa. No decorrer do processo investigativo, a pesquisadora esteve atenta para o atendimento das necessidades do idoso, realizando trocas, como as orientações que eram fornecidas quanto às quedas.

O encerramento dos encontros com os idosos do estudo foi definido após análise parcial das mesmas, na qual a pesquisadora averiguou se as questões do objeto do estudo haviam sido supridas. Ao concluir a pesquisa, foi realizada uma breve devolução para cada idoso, destacando as potencialidades da família no cuidado após acidente por quedas. A pesquisadora colocou-se à disposição, fornecendo números de telefones para eventuais encontros futuros.

Os dados foram analisados de acordo com a análise temática proposta por Minayo (2007). Os conceitos de processo, pessoa, contexto e tempo, descritos no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, também irão compor as interpretações das relações e inter-relações do idoso após acidente por quedas.

Para que a análise ocorra de maneira eficaz, primeiramente os dados obtidos das entrevistas, diário de campo, genograma e ecomapa foram organizados e feito uma leitura profunda do conjunto das comunicações. Após, foram selecionadas as palavras ou expressões significativas e organizado o conteúdo das falas e do registro do diário de campo, formando, então, as temáticas. E, finalizando a análise, foram realizadas as interpretações, procurando os significados e inter-relações com a teoria, a partir da organização dos dados (MINAYO, 2007).

Inicialmente, construíram-se dois núcleos temáticos: a família como rede social no cuidado ao idoso após o acidente por quedas; e a família como vínculo apoiador do idoso após acidente por quedas. Como rede no cuidado ao idosos após a queda surgiu a família como núcleo mais forte de apoio, os amigos, vizinhos,

religião como moderado e os serviços e profissionais de saúde apareceram muito superficiais e em alguns casos fracos.

O registro das notas de campo, das observações e entrevistas era feito imediatamente após o encontro, ou logo que era possível. Conforme era realizada a transcrição dos dados, paralelamente fazia-se a organização das entrevistas, separando as falas mais importantes. Os diários de campo foram desenvolvidos individualmente de acordo com o sujeito do estudo, dia e duração da visita em sua residência, assim como as atividades que a pesquisadora realizou durante o encontro. Para a elaboração do genograma e ecomapa em *software* DIA (0.97), que possibilita a visualização gráfica do instrumento. A pesquisadora contou com o apoio de uma bolsista de Iniciação Científica, acadêmica de enfermagem 9º semestre, que recebeu treinamento para atuar na pesquisa.

Apresentação dos Sujeitos

Sr. Raul, 71 anos, católico, possui ensino fundamental incompleto, casado, do primeiro casamento teve dois filhos e uma filha adotiva, e do segundo casamento/união estável teve duas filhas. Trabalhava como motorista de caminhão e no período estava aposentado, com uma renda de um salário mínimo. Ele residia com a esposa Rafaela, a filha Laura e a neta Talita, sendo esta última a pessoa que lhe faz companhia nos horários em que sua esposa estava trabalhando.

Sua residência mostrava-se adequada para a sua recuperação, é ampla, arejada, porém possui um desnivelamento entre a casa e o pátio. Sua família apresenta-se sempre prestativa e cuidadosa

Sua rede de apoio social era composta pela família, amigos, vizinhos, os serviços de saúde (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, Pronto Socorro Municipal-PSM, Serviço de Traumatologia da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas- SCMP) e profissionais de saúde.

Possuía vínculo com um cachorrinho, que é quem lhe faz companhia nas tardes em que ficava sozinho, pois a neta está na escola. Acrescentou a pesquisadora no ecomapa e afirmou que a considera um vínculo forte:

Você foi muito importante para minha recuperação, vinha me ver. Foi tão bom rever aquela menina que corria na beira da faixa, para mim você é um vínculo forte (RAUL, 71, DIÁRIO DE CAMPO).

O idoso, nessa fala, recorda a época em que trabalhava como caminhoneiro e viajava para a cidade onde a pesquisadora residiu em sua infância, e se lembra da entrevistadora criança, correndo na beira da estrada, brincando com seu irmão. Recorda que gostava de ver aquelas crianças brincando. A partir desse momento, o idoso criou um vínculo forte com a pesquisadora.

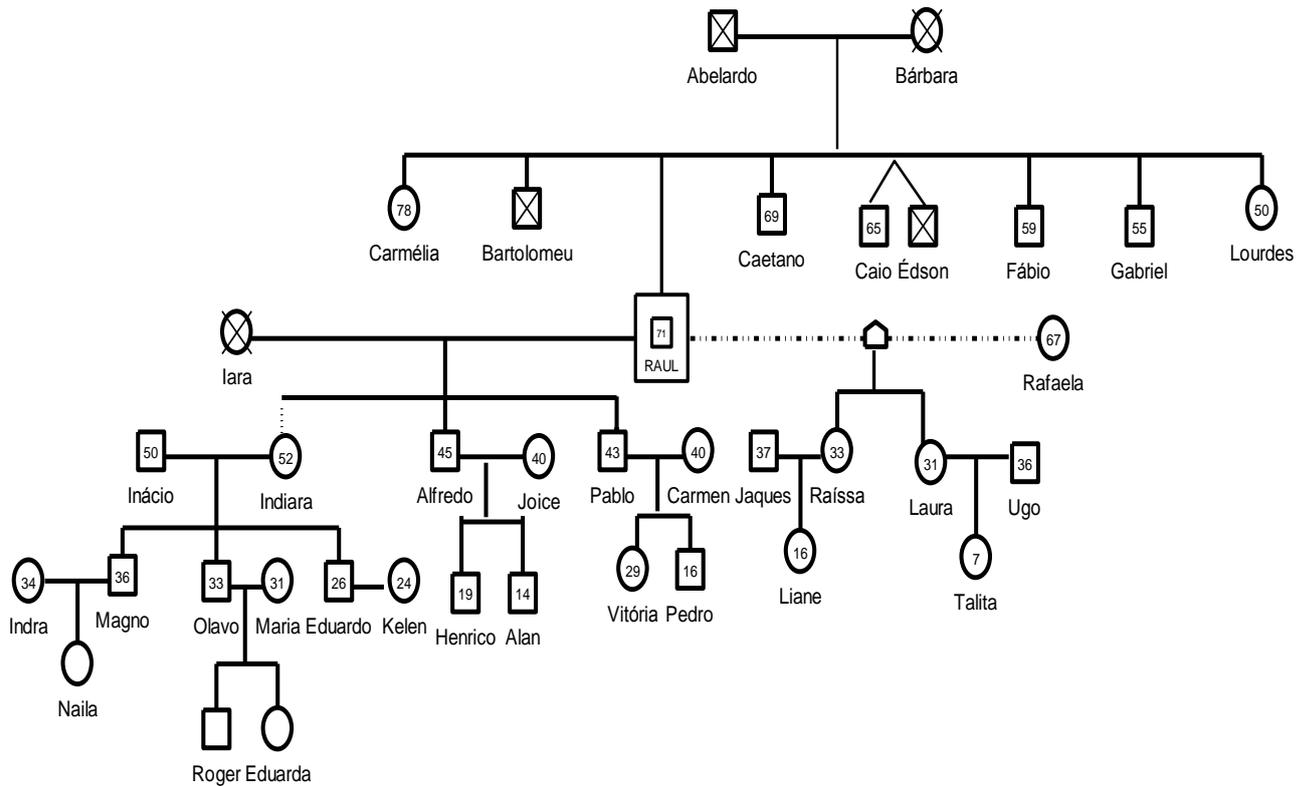
Outra atividade que aumentou a interação com o idoso foi à administração de antibiótico intramuscular, conforme prescrição médica, que a pesquisadora aplicou no idoso.

O acidente por quedas ocorreu em uma tarde em que o idoso colocava forrinho na garagem e caiu da escada. Estava acompanhado de sua neta, que chamou auxílio dos vizinhos, chamaram o SAMU e levaram o idoso ao PSM. Após o primeiro atendimento, ele foi encaminhado para o serviço de traumatologia, sofreu fratura na diáfise do fêmur da perna direita, foi atendido e liberado para casa com tala gessada no membro afetado. Após alguns dias, colocou tala de acrílico, conforme orientação médica, o que lhe causou alergia na região anterior da perna. Não havendo melhora do processo alérgico, procurou atendimento com um clínico (particular) que atende a família e iniciou antibiótico intramuscular, porque a perna estava edemaciada, com calor local e hiperemia.

Após o acidente por quedas teve auxílio dos vizinhos, que foram as pessoas as quais prestaram o primeiro suporte e continuaram a fazer visitas esporádicas, assim como alguns irmãos do idoso representando ser um vínculo moderado com o mesmo. Os profissionais e serviços de saúde aparecem como vínculo superficial, pois realizaram o primeiro atendimento e as consultas de rotina, mas não houve maior interação com idoso. Ele não foi acompanhado por nenhuma equipe de unidade básica de saúde, a qual poderia atender as necessidades desse idoso, após o acidente e desenvolver um maior vínculo com os profissionais de saúde. O Sr Raul foi atendido por um médico da família após apresentar uma lesão na perna, porém o vínculo com esse profissional é muito superficial. A família aparece como vínculo forte, e alguns de seus integrantes como vínculo apoiador, uma vez que auxilia e apóia esse idoso desde o momento da queda, durante as consultas, na recuperação em seu domicílio, assim como no auxílio psicológico, material e financeiro. Em contra partida verifica-se que existia no período que foi realizada a pesquisa um vínculo negativo com sua filha mais velha, neta e genros, porém durante seu processo de recuperação essas pessoas ficaram mais presentes,

restabelecendo o vínculo. Outro vínculo forte que o idoso estabeleceu foi com a pesquisadora do estudo, uma vez que já lhe conhecia quando criança, havendo por meio da pesquisa um reencontro, o que facilitou na interação entre os dois. O cão, também apareceu como vínculo forte, já que é ele que fazia companhia ao idoso no momento em que a neta estava na escola e a esposa e filha trabalhando

Apresento a seguir o genograma e ecomapa do Sr. Raul.



Legenda

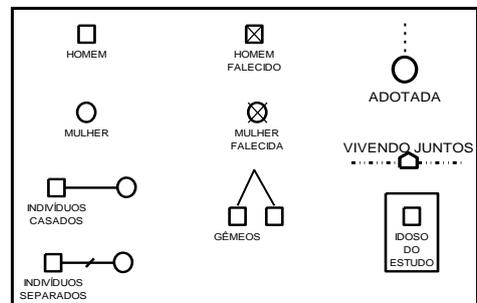


Figura 01- Genograma Sr Raul.

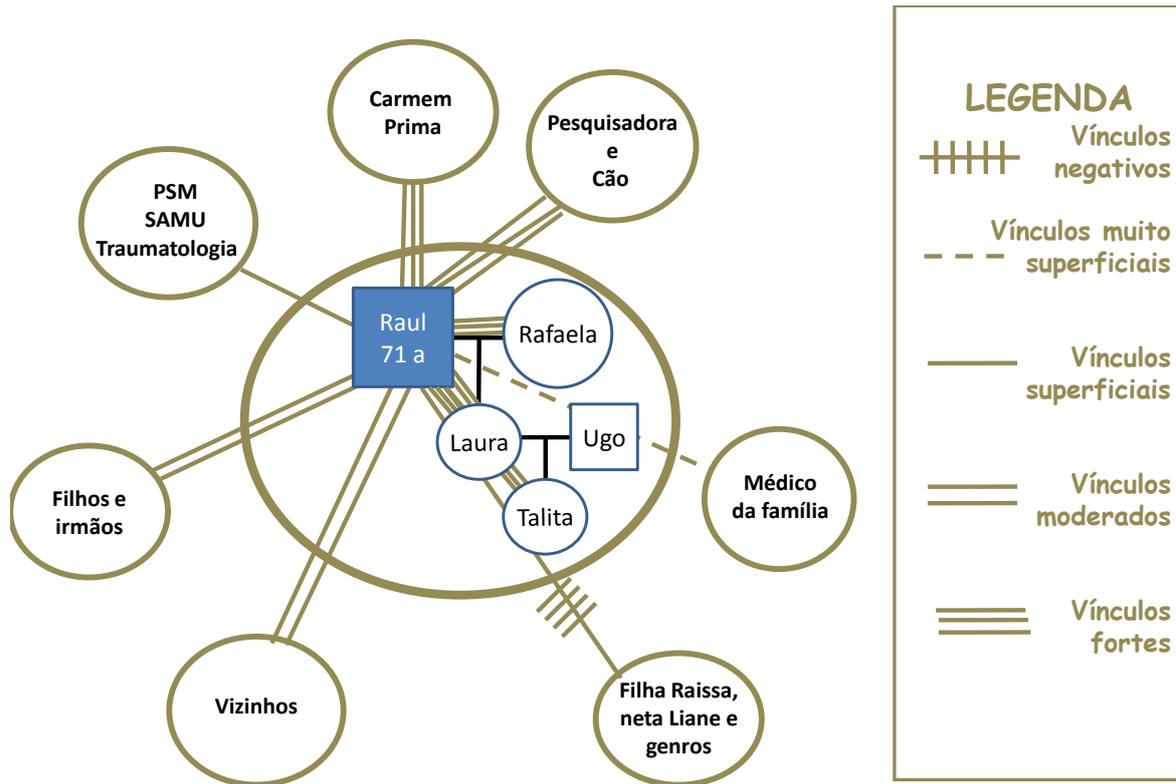


Figura 02- Ecomapa do Sr Raul

Sra. Helena, 87 anos, testemunha de Jeová, analfabeta, viúva, teve sete filhos do casamento. Trabalhava com agricultura, mas já está aposentada, com uma renda de um salário mínimo. A idosa morava em uma residência no mesmo terreno da casa de seu filho Guilherme e nora Celma.

Sua residência apresentava condições para a sua recuperação, tinha cômodos amplos, sem desnivelamento ou tapetes na casa e banheiro perto do quarto. Sua família demonstrava-se cuidadosa para com ela.

Sua rede de apoio social é composta pela família, amigos, vizinhos, os serviços de saúde (SAMU, PSM, Traumatologia da SCMP) e profissionais de saúde.

A queda aconteceu quando morava sozinha e já havia sofrido quedas anteriores, devido ao desnivelamento do terreno. A queda ocorreu pela manhã, quando a idosa foi ao pátio para sacudir a toalha da mesa. Ela refere ter pisado fora da calçada ficando somente com a metade do corpo em cima da calçada, mas não conseguiu levantar-se devido à dor, relata ter pedido socorro e os vizinhos lhe ajudaram. Ficou em casa até a tarde, comunicada a família que a levou ao pronto

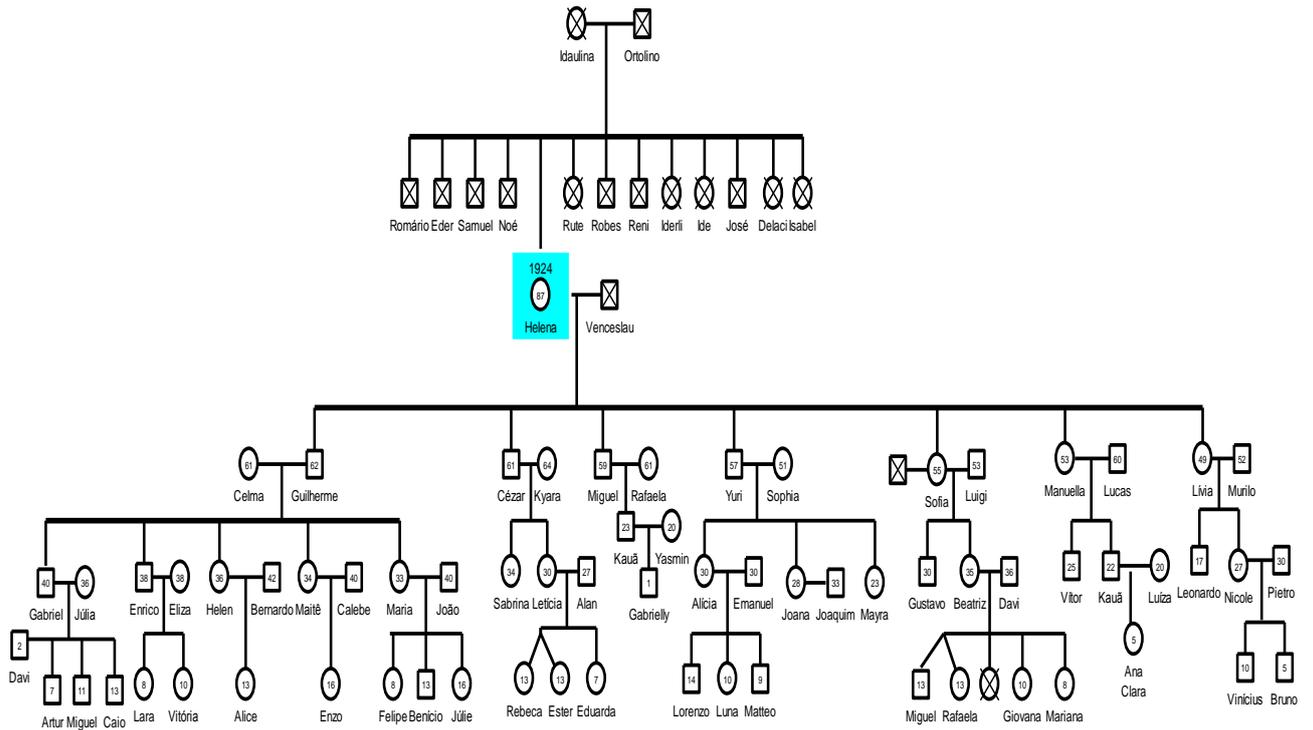
socorro, sendo atendida e encaminhada para o serviço de traumatologia, onde foi detectado fratura de ramo púbico esquerdo superior, medicada e liberada para casa, com orientação de permanecer em repouso.

Relata ter passado um mês em repouso, tendo os filhos de auxiliar para arrumá-la no leito, ajudar para que realizasse suas necessidades fisiológicas, por meio de troca de fraldas e comadre. Após, fez uso da cadeira de rodas e no período de realização do estudo tinha auxílio do andador para se locomover.

A entrevistadora conseguiu um encaminhamento para um clínico geral no ambulatório da instituição onde foram captadas as fichas para realizar a pesquisa, o que ajudou na interação com a idosa.

Após o acidente por quedas teve auxílio dos vizinhos, que foram as pessoas as quais prestaram o primeiro suporte e representaram ser um vínculo superficial para a idosa. Os profissionais e serviços de saúde também apresentaram como um vínculo superficial, pois realizaram o primeiro atendimento e as consultas de rotina, mas não houve maior interação com idoso, uma vez que não foi acompanhado por nenhuma equipe de unidade básica de saúde. O Convênio Ângelos Pax representa um vínculo muito superficial à idosa, já que foram escassos os momentos em que lhe auxiliou, assim como a empregada que contrataram para ajudar á idosa após a queda, mas teve pouco tempo no domicílio da mesma, criando um vínculo muito superficial com a idosa. A religião e fé representa um vínculo moderado á idosa, uma vez que senti falta das reuniões da igreja que a fazem sentir-se bem. A família aparece como vínculo forte e os filhos e a nora Celma como vínculo apoiador, uma vez que auxiliam e apóiam a idosa desde o momento da queda, durante as consultas, na recuperação em seu domicílio, assim como no auxílio afetivo , material e financeiro. Os demais genros, noras, sobrinhos e netos apareceram como vínculo moderado, já que mantém contato constante com a Sra Helena.

A seguir apresenta-se o genograma e ecomapa da Sra Helena.



Legenda

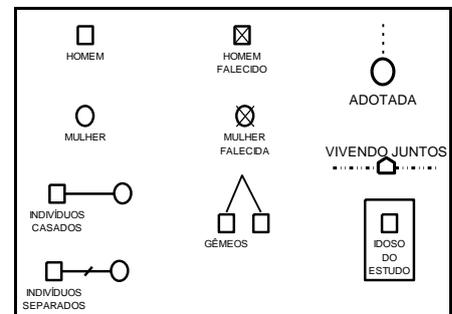
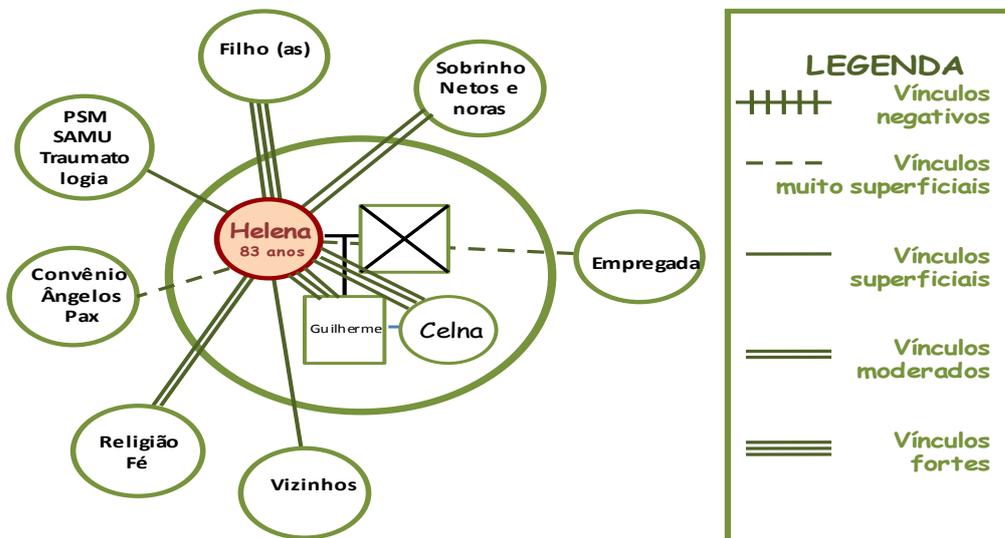


Figura 03- Genograma Srª Helena



Sra. Ivana, 60 anos, evangélica, cursou o ensino médio, divorciada, teve seis filhos, sendo três do primeiro casamento, dois do segundo casamento e um de outro relacionamento. Trabalhava como funcionária pública e no momento da pesquisa estava afastada devido à fratura; sua renda é de um salário mínimo. Ela morava com seus filhos Adriano e Michel, em uma residência no mesmo terreno da casa do irmão Vinícius, irmã Jurema e sobrinho Rudnei.

Sua rede de apoio social era composta pela família, amigos, vizinhos, igreja, os serviços de saúde (SAMU, PSM, Traumatologia da SCMP) e profissionais de saúde.

O primeiro contato foi diferente dos demais participantes da pesquisa, pelo contexto diferenciado, uma vez que no sistema familiar haviam pessoas com transtornos mentais, que demonstravam ser o vínculo apoiador da idosa e a mesma apresentava-se depressiva com seu contexto. Inicialmente foi realizado contato por telefone com a idosa a fim de convidá-la a participar do estudo e, nesse primeiro contato, ficou claro a necessidade que a idosa apresentava de dialogar, além de chorar ao telefone e disser que ficaria muito feliz em receber em seu domicílio a pesquisadora.

Era uma manhã muito chuvosa e com tempo escuro e úmido. Ao chegar no ambiente da idosa percebeu-se que a residência não apresentava uma estética convencional, a pintura descascada e as janelas pichadas com cores escuras. A idosa demorou um pouco para abrir a porta, devido à dificuldade de deambular, fazia isso com auxílio de muletas ou com um pano no chão, para deslizar.

O interior da casa era escura, janelas fechadas, o piso de madeira e com desnível, havia um espaço no teto em que chovia muito, o cheiro era de ambiente fechado e úmido. Havia um gato em cima de uma estante cheia de livros, as paredes da casa eram pintadas com algumas imagens, além conter alguns quadros do cantor Bob Marley.

A entrevistadora orientou a pessoa idosa quanto à necessidade de ventilação e luminosidade na casa, para se sentir melhor. No segundo encontro ela estava com a casa mais arejada, as janelas abertas e sentada perto da claridade.

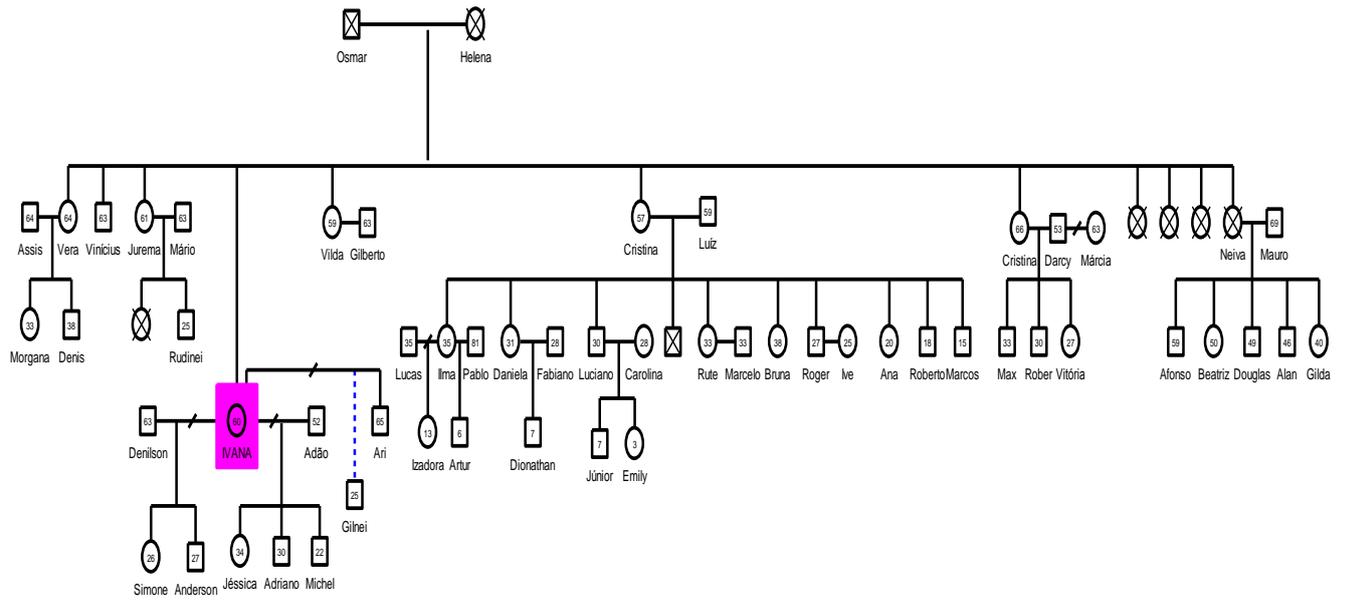
No terceiro encontro, a idosa demonstrava uma melhora gradativa. Estava mais alegre e com melhora de sua aparência, cortou o cabelo e aguardava ansiosa a pesquisadora usando um vestido novo. A casa estava limpa e o filho trocou a posição do seu quarto.

A queda aconteceu devido a um acidente de trânsito em setembro, no qual apresentou fratura transtrocantérica de fêmur esquerdo, sendo atendida no PSM, encaminhada para o serviço de traumatologia, no qual ficou internada, realizou cirurgia para colocação de placa e após alta hospitalar permaneceu em repouso em casa.

Devido à falta de informação, após a primeira revisão acreditou que deveria caminhar. Ao colocar roupa na corda, torceu a perna, deslocou a placa, passou dois dias em casa se medicando para dor, pois essa era muito forte, e depois foi no serviço de traumatologia para falar com médico, já que era o dia da semana que o mesmo atendia. Consultou com o traumatologista, realizou RX e ficou internada novamente para reintervir cirurgicamente na fratura. No período da pesquisa estava em repouso, conforme orientação médica.

No momento do acidente por quedas foi socorrida pelos familiares e após encaminharam ao setor de traumatologia, que representou para a idosa um vínculo superficial, pois os profissionais da saúde realizaram o primeiro atendimento e as consultas de rotina, mas não esclareceram suas dúvidas. Assim como não houve um acompanhamento de uma equipe da unidade básica de saúde após a alta hospitalar. Outros vínculos superficiais foram às pessoas da igreja, o sobrinho Rudinei e o SINPI, pois segundo a idosa essas pessoas tiveram pouco contato após o acidente por queda. Os vínculos moderados se deram pelos amigos Robson, Cláudio, Júnior e Paula; cunhada Cristina e Luiz; vizinha Ana, pessoas que estiveram presente no processo de recuperação da idosa, fazendo companhia, ajudando em algumas atividades no domicílio e levando-a para divertir-se. Os irmãos Vinícius e Vera e os filhos Adriano e Michel apareceram como vínculo forte e apoiador, uma vez que auxiliam e apóiam a idosa desde o momento da queda, durante as consultas, na recuperação em seu domicílio, assim como no auxílio afetivo, material e financeiro. Em contrapartida a nora Mariana e amigo Paulo representam um vínculo negativo para idosa, uma vez que a presença dos mesmo gera situações conflituosas.

A seguir apresenta-se o genograma e ecomapa da Sra Ivana.



Legenda

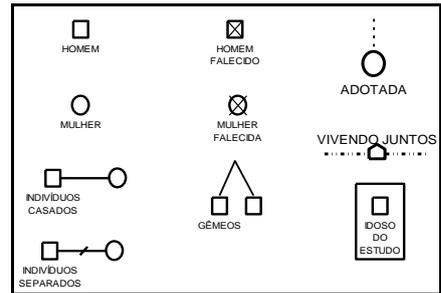


Figura 05-Genograma Srª Ivana

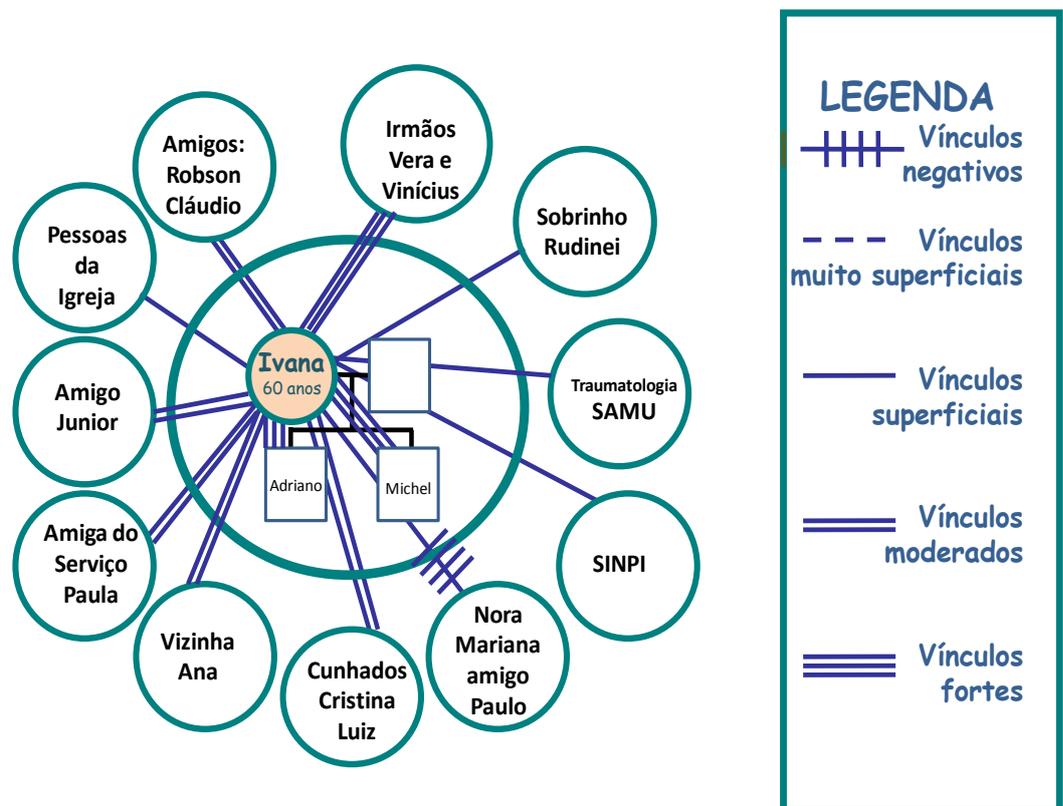


Figura 06- Ecomapa Srª Ivana

Sra. Eloísa, 83 anos, espírita, analfabeta, viúva, teve três filhos do casamento, sendo que o primeiro nasceu morto. Aposentada, com uma renda de um salário mínimo. Ela residia com a filha Geni, o neto Matheus e sua esposa Valentina e bisnetos Eduarda, Augusto e Lucas.

Sua rede de apoio social era composta pela família, amigos, vizinhos e os serviços de saúde (UBAI, PSM, Traumatologia da SCMP) e profissionais de saúde.

A filha havia pedido por telefone que orientasse a idosa quanto à importância da higienização. E para que realizasse suas necessidades fisiológicas na comadre ou no banheiro, com auxílio de alguém, pois a idosa fazia suas necessidades nas fraldas, e seus familiares têm medo que ela fizesse uma infecção urinária ou contaminasse a úlcera de pressão em região sacra que estava quase cicatrizada, e

também devido a dificuldade financeira. A senhora estava aparentemente bem cuidada, com roupas limpas e o domicílio com condições para a sua recuperação.

A idosa era de difícil manejo. A filha que cuidava dela falava que sua mãe era muito teimosa e não queria fazer as revisões no setor de traumatologia.

A idosa sofreu a queda quando escorregou em um tapete na sala da casa. Foi socorrida pelos seus familiares, que a levaram à unidade básica de atendimento e após foi encaminhada para o setor de traumatologia, ficou internada nessa instituição por fratura de fêmur esquerdo, realizou cirurgia alguns dias após. Durante a internação apresentou úlcera de pressão em região coccígena e, após alta hospitalar, necessitou de atendimento da equipe de saúde para auxiliá-la com curativos.

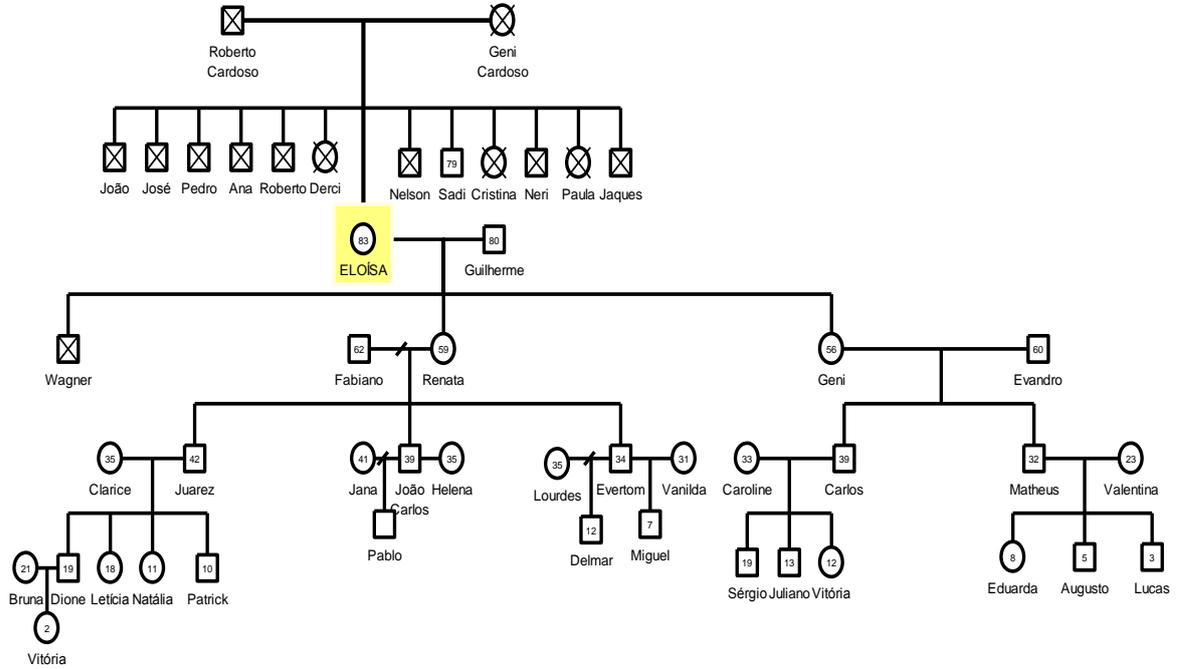
Relatou descaso da equipe de saúde da unidade de Estratégia de Saúde da Família de perto de sua residência, que não foi atendê-la após o retorno do hospital para casa, uma vez que estava com úlcera de pressão, necessitando de auxílio da enfermagem.

No mês de setembro de 2011 a idosa teve nova queda, com fratura em membro superior esquerdo, mas não foi necessária cirurgia, somente tala gessada.

A entrevistadora realizou curativos em membros inferiores da idosa com detersani e orientou quanto aos cuidados com feridas e higiene, o que melhorou a interação com a idosa e sua família.

Após o acidente por quedas a família que prestou o primeiro socorro a idosa, os filhos, netos e bisnetos representam para ela um vínculo apoiador, auxiliando em sua recuperação e oferecendo apoio afetivo, financeiro e material. A religião representa um vínculo moderado à Sra Eloísa, uma vez que sentia falta dos encontros com as pessoas de seu centro. Os vizinhos, assim como suas cunhadas também representaram um vínculo moderado para ela, uma vez que permaneceram presente após a queda. Os serviços de saúde e profissionais da UBAI, PSM serviço de traumatologia, ambulatório central representaram um vínculo superficial, pois prestaram atendimento, mas não realizaram orientações necessárias para recuperação da idosa. Por outro lado, os profissionais de saúde da UBS de abranger sua residência foi um vínculo negativo para a idosa. Pois apesar da família pedir para equipe de saúde uma visita domiciliar, a fim de avaliar a úlcera de pressão da idosa e dar orientações de cuidado que os familiares necessitam para atendê-la, não realizaram esse serviço, apresentando uma imagem negativa a idosa e família.

A seguir apresenta-se o genograma e ecomapa da sra Eloísa.



Legenda

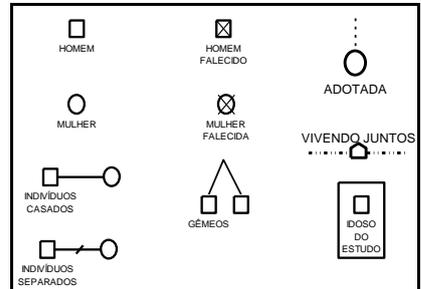


Figura 07-Genograma Srª Eloísa

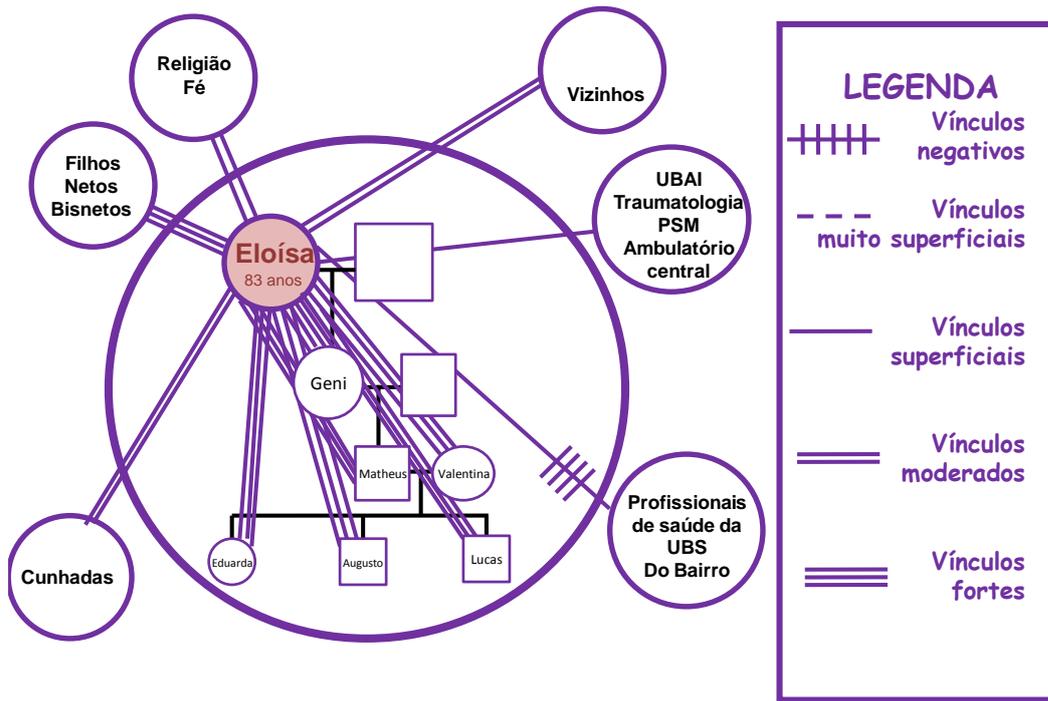


Figura 08- Ecomapa da Srª Eloísa

Algumas considerações

O relatório de campo detalhou os passos que a pesquisadora fez para realizar a pesquisa, coleta e análise de dados. O referencial teórico constitui-se em um modelo que enfatiza as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento e é apropriado para a realização de pesquisas nesse contexto, desse modo utilizou-se a inserção ecológica que proporcionou maior interação da pesquisadora com os idosos atingindo os objetivos desse estudo.

Ao realizar a análise dos dados percebeu-se que a rede social no cuidado ao idoso após acidente por quedas é composta pelos familiares, amigos, vizinhos, profissionais e serviços de saúde, sendo que a família destaca-se na rede de apoio ao cuidado por apresentar o vínculo apoiador necessário ao desenvolvimento do idoso no processo de viver e recuperar-se.

Diante o exposto optou-se em realizar o artigo de sustentação da dissertação do mestrado abordando a família como vínculo apoiador do idoso após acidente por quedas e em outro momento será discutido os demais componentes da rede de apoio no cuidado a esse idoso.

III Produção científica

Artigo de sustentação da dissertação

Artigo construído de acordo com as normas da revista Texto e Contexto a ser encaminhado após a sustentação da dissertação

FAMÍLIA COMO VÍNCULO APOIADOR AO IDOSO APÓS ACIDENTES POR
QUEDAS: uma abordagem bioecológica à Enfermagem¹

FAMILY AS LINKAGE SUPPORTER TO THE ELDERLY AFTER ACCIDENTAL
FALLS: a bio-ecological approach to nursing.

LA FAMILIA COMO COMO VÍNCULO DE APOYO AL ANCIANO DESPUES DE
ACCIDENTE POR CAÍDAS: un enfoque bioecologico a la Enfermería

Patrícia Mirapalheta Pereira², Celmira Lange³, Eda Schwartz⁴

¹Parte do trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação-Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

² Mestranda do Programa de Pós- raduação em Enfermagem da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. Enfermeira da Unidade Cardiológica de Tratamento Intensivo do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas/RS. Email: patihepp@yahoo.com.br

³Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem (Fen) da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. Email: celmira_lange@terra.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem (Fen) da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. Email: eschwartz@terra.com

RESUMO: O estudo objetiva identificar os vínculos apoiadores do idoso após acidente por quedas, embasada na abordagem bioecológica. Caracteriza-se por ter uma abordagem qualitativa e o método utilizado foi à inserção ecológica. Participaram do estudo quatro idosos acometidos por quedas, com alguma consequência traumática, atendidos no serviço de traumatologia de uma instituição de médio porte da região sul do Rio Grande do Sul. A coleta aconteceu de janeiro a junho de 2011 no contexto domiciliar do idoso. Os resultados evidenciaram que, a família foi o vínculo apoiador que integra a rede de cuidado ao idoso, oferecendo suporte material, financeiro e afetivo. Conclui-se que a família precisa de um suporte para manter o apoio necessário a reabilitação do idoso após a queda, portanto as políticas que garantem um envelhecimento assistido e saudável devem ser colocadas em prática, desse modo é necessário instrumentalizar os profissionais de saúde para atender essa demanda específica.

DESCRITORES: Idoso. Família. Acidentes por Quedas. Enfermagem. Apoio Social.

Abstract: This study aims to identify the linkages supporters to elderly after suffering an accidental fall, using for the study a bio-ecological approach. It is characterized by having a qualitative approach, and the method used was the ecological inclusion. The study included four elderly people who had suffered accidental falls; they had some traumatic consequences and were treated at the trauma service of an institution of medium size, in the southern region of Rio Grande do Sul. The data collection happened from January to June in 2011 and in the context of the elderly home. The results showed that the family is part of the network of care that supports the elderly because it provides material, financial and effective support. It is concluded that the family needs assistance to maintain the support which is necessary for the rehabilitation of the elderly after accidental fall. Therefore, policies that ensure a watched and

healthy aging must be put into practice, thus it is necessary to equip health professionals to meet this specific demand.

KEYWORDS: Aged. Family. Accidental Falls. Nursing. Social Support.

RESUMEN: El estudio objetiviza identificar los vínculos de apoyo al anciano después de accidente por caídas, basado en el abordaje bioecológico. Se caracteriza por tener enfoque cualitativo y el método utilizado fue dirigido hacia la inserción ecológica. Participaron del estudio cuatro ancianos acometidos por caídas, con alguna consecuencia traumática, atendidos en el servicio de traumatología de una institución de mediano porte de la región sur de Rio grande do Sul. La recolección de datos se realizó de enero a junio de 2011 en el contexto domiciliario del anciano. Los resultados hicieron evidente que, la familia fue el vínculo de apoyo que integra la red de cuidado al anciano, ofreciendo soporte material, financiero y afectivo. Se concluye que la familia precisa de un soporte para mantener el apoyo necesario a la rehabilitación del anciano después de la caída, por lo tanto las políticas que garantizan un envejecimiento asistido y saludable deben ser puestas en práctica, de ese modo es necesario instrumentar a los profesionales de la salud para atender esa demanda específica.

DESCRIPTORES: Anciano. Familia. Accidentes por Caídas. Enfermería. Apoyo social.

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de idosos na população faz parte da realidade da maioria dos países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil. Com a crescente expectativa de vida desse segmento etário, nasce a preocupação com um dos principais eventos incapacitantes para um viver saudável: as quedas. Frente a essa problemática, os vínculos apoiadores surgem como facilitadores do desenvolvimento desse idoso no processo de vivenciar o acidente e necessidade de cuidado, recuperação e reversão do estado de saúde e envelhecimento normal.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira, no ano de 2010, foi de 191.480.630 milhões de habitantes, dos quais, 9,5% estão na faixa etária de 60 anos ou mais, o que caracteriza o ser idoso. Dados gerais da Fundação de Economia e Estatística (FEE) do Estado do Rio Grande do Sul apresentam uma população de 10.897.309 milhões habitantes, destes, 12,2% são idosos. Já o Município de Pelotas possui uma população de 345.181 mil habitantes, dos quais 14% estão na faixa etária de 60 anos ou mais¹⁻².

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo e

tornando-o mais susceptível a algumas situações que podem predispor às lesões, entre elas as quedas³.

Um terço dos idosos cai anualmente, sendo que mais da metade cai de forma recorrente⁴. No Brasil, cerca de 30% dos idosos sofrem quedas ao menos uma vez ao ano⁵.

As alterações após quedas podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência aos idosos. Diante desta situação deve-se repensar em estratégias para oportunizar um estilo de vida mais ativo, seguro e envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, o vínculo apoiador disponibilizado pela família ajuda o idoso em seu envelhecimento, auxiliando nas alterações geradas por esse processo, por meio de suporte afetivo, material e/ou financeiro, o que se constitui num elo fundamental no processo de um viver assistido e com qualidade.

O vínculo apoiador é verificado à medida que as inter-relações estabeleçam confiança mútua, capaz de produzir orientação positiva, oferecendo apoio à pessoa em desenvolvimento⁶. Nesse contexto, o vínculo apoiador e o suporte disponível por ele, concebido como conforto, assistência e informação que a pessoa idosa recebe, são considerados fatores favoráveis para enfrentamento do processo após queda e melhoria da qualidade de vida. A família é o sistema que pode estar presente no espaço do idoso e auxiliar nas inter-relações que favorecem no cuidado ao idoso e apoio social.

O cuidado familiar concretiza-se nas ações e interações presentes na vida de cada família e se direciona a cada um de seus membros, individualmente ou ao grupo, como um todo ou em parte, objetivando seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social⁷.

Acredita-se que a família possa oferecer ao idoso o suporte no enfrentamento das alterações geradas após o acidente por queda. Uma vez que, os dados estatísticos apontam para o aumento da população idosa e o elevado risco de quedas, causando no idoso dependência, perda de autonomia e de qualidade de vida, verifica-se a necessidade do apoio familiar⁸.

Portanto, considera-se esta pesquisa relevante, na medida em que seus resultados sirvam de subsídio para desenvolvimento de estratégias e ações que correspondam às novas demandas demográficas e auxiliem os idosos a prevenir acidentes por quedas e permanecerem independentes e ativos em seu processo de envelhecimento. Além de suscitar reflexões sobre a importância de fortalecer as redes sociais de apoio à família, assim como mobilizar a sociedade e os profissionais de saúde quanto à importância de sua atuação nesse contexto.

O objetivo deste estudo foi identificar os vínculos apoiadores do idoso após o acidente por quedas, embasada na abordagem bioecológica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para conhecer os vínculos apoiadores dos idosos após o acidente por quedas adotou-se o referencial teórico do **Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenne**⁶.

O primeiro modelo teórico esboçado por Bronfenbrenner foi apresentado em 1996 e tinha como foco principal o ambiente, ou seja, o contexto no qual a pessoa estava inserida e a maneira como ela o percebia, mais do que como ele se configurava, o que era essencial para compreender o desenvolvimento humano. Em 1992, Bronfenbrenner denominou suas proposições de Teoria dos Sistemas Ecológicos e contemplou mais detalhadamente os aspectos do desenvolvimento atrelados à pessoa^{6,9}.

Esse Modelo considera quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, e é definido também como modelo PPCT⁹. Ele se constitui em um referencial teórico-metodológico apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento-no-contexto.

As reformulações do modelo ecológico de desenvolvimento humano, realizadas por Bronfenbrenner e Morris em 1998, inclui uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento, nele o processo passou a ser o construto fundamental do novo modelo¹⁰.

Portanto, esse modelo enfatiza as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento e é apropriado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento no contexto.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, tendo como objeto o vínculo apoiador do idoso após acidente por quedas. O método utilizado foi a inserção ecológica, que está fundamentada na Teoria dos Sistemas Ecológicos⁶.

No estudo foi utilizada a inserção ecológica que, é um método de pesquisa em ambiente natural, utilizado para estudo do desenvolvimento no contexto, e que busca envolver a sistematização dos quatro aspectos: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo¹¹.

Participaram do estudo quatro idosos acometidos por acidentes por quedas, com alguma fratura em membros inferiores, atendidos no serviço de traumatologia de uma instituição de médio porte da região sul do Rio Grande do Sul. Os sujeitos foram captados por meio de um levantamento prévio dos dados de identificação nas fichas de atendimento do serviço de traumatologia desse hospital, posterior foi realizado contato telefônico para convidá-los a participar da pesquisa.

Para o melhor desenvolvimento do estudo e alcance do objetivo, os sujeitos foram escolhidos conforme os seguintes critérios de inclusão: ser idoso, ter sofrido acidente por quedas nos meses de outubro a dezembro de 2010, o que garantiu um período mínimo de 60 a 90 dias após o acidente por quedas, tempo em que ele ficou com a mobilidade diminuída devido às consequências traumáticas em membros inferiores; residir no perímetro urbano do Município de Pelotas/RS; ser capaz de manter uma comunicação compreensível durante a realização da entrevista; concordar com a gravação das entrevistas e aceitar a divulgação dos dados nos meios científicos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel sob o Parecer nº 173/2010. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantia de anonimato os sujeitos foram identificados por nomes fictícios escolhido pela pesquisadora e idade.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2011, tendo como local o contexto domiciliar dos idosos, com de visitas constantes, a fim de criar um vínculo com os mesmos para maior efetividade do estudo.

O método utilizado para a coleta dos dados foi à inserção ecológica, e as técnicas utilizadas foram: entrevista semiestruturada, gravada e transcrita na íntegra; construção com o idoso e a família do genograma e ecomapa; observação do ambiente domiciliar e do cotidiano do idoso, vivenciados pela pesquisadora e registrado em diários de campos.

O método da inserção ecológica de Bronfenbrenner e sistematizado por Cecconelo e Koller ¹¹, foi utilizado nesta pesquisa a partir de cinco critérios estabelecidos por esses autores, descritos a seguir:

Primeiramente, para que o processo proximal ocorra, é necessário que a pessoa esteja engajada em uma atividade, sendo que, nesta pesquisa, a pesquisadora engajou-se na tarefa da entrevista. A entrevistadora, por meio dos encontros, tornou-se parte do ambiente do idoso, inserindo-se ecologicamente no contexto da pesquisa.

Para que esse método seja efetivo, a interação deve acontecer em uma base relativamente regular, por meio de períodos estendidos de tempo, não sendo possível ocorrer efetivamente durante atividades meramente ocasionais. Nesta pesquisa, foram realizadas de cinco a oito encontros nas residências dos participantes, para a execução das entrevistas e a fim de criar um vínculo com os mesmos. A coleta de dados ocorreu com agendamento prévio, conforme a disponibilidade de horário dos idosos e da pesquisadora. A cada encontro foi realizado o agendamento do próximo com a pessoa idosa.

As atividades devem ser progressivamente mais complexas, por isso a necessidade de um período estável de tempo. Neste estudo, foi realizada em encontro informal para a apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa. No encontro seguinte, foi construído o genograma junto ao idoso e sua família, a fim de criar maior vínculo com o mesmo. Em outros dois momentos aplicou-se o instrumento de pesquisa, que é composto de dezoito questões abertas que contemplam os objetivos da pesquisa e em outro encontro foi realizado o ecomapa. Os demais encontros foram para resgate de alguma questão que tivesse ficado em aberto ou aprofundamento de questões da entrevista com resposta ineficaz e para validação do ecomapa.

Cada visita teve um tempo mínimo de duas horas, pois para criar um vínculo tornasse necessário um contato maior com a pessoa idosa. Os questionamentos foram realizados progressivamente, juntamente com as observações, satisfazendo os objetivos da pesquisa.

A fim de os processos proximais serem efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais. Nesta pesquisa, as visitas foram realizadas progressivamente, conforme a inserção da pesquisadora no ambiente da pessoa, e o número de encontros variaram de cinco a oito no domicílio de cada idoso, sendo que cessaram à medida que atingiram os objetivos do estudo.

Para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento.

A inserção ecológica foi realizada com o acompanhamento dos idosos de três a seis meses, e incluiu visitas freqüentes, conversas informais, realização do genograma, ecomapa, a entrevista semiestruturada e a observação anotadas em diário de campo.

Os dados coletados foram analisados de acordo com a análise temática proposta por Minayo¹², e para a elaboração do genograma e ecomapa utilizou-se o *software*³ DIA (0.97), que possibilitou a visualização gráfica do instrumento.

Apresentação dos participantes do estudo

Participaram do estudo quatro idosos, com idade entre 60 e 87 anos, três eram do sexo feminino e um do masculino. Os idosos referiram como religião: um ser católico não praticante; outro, evangélico; uma era testemunha de Jeová; e a outra, espírita. Dois eram analfabetos; um possuía ensino fundamental incompleto; e uma, o ensino fundamental completo. Quanto ao estado civil, haviam duas viúvas; um era casado; e uma, separada. As profissões dos idosos eram de motorista caminhão, agricultora, funcionária pública e dona de casa, todos aposentados com renda de um salário mínimo. Três moravam com os filhos e um com a esposa, filha e neta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, a temática que foi construída pela análise dos depoimentos dos idosos, a fim de contemplar o objetivo do estudo: A família como vínculo apoiador ao idoso após o acidente por queda.

A família como vínculo apoiador ao idoso após o acidente por queda

Percebeu-se, no decorrer deste estudo, que a família é o vínculo apoiador que integra a rede de cuidado ao idoso, oferecendo suporte material, financeiro e emocional para o enfrentamento do processo que está vivenciando.

Os idosos, ao serem questionados sobre a ajuda material e financeira recebida após acidente por quedas, relataram que esse auxílio era disponibilizado somente por familiares.

[...] esse andador foi a nora daqui que deu. (Helena, 87)

[...] A muleta eu consegui com meu irmão e a cadeira com a minha irmã [...] O meu irmão me deu uma vez uns troco e me ajudou algumas vezes, eu precisei de algumas coisas. (Ivana, 60)

[...] Os meus netos me ajudaram bastante e financeiramente todos da casa. (Eloísa, 83)

A pessoa que está em processo de recuperação recebeu auxílio de sua família, que é o microsistema com o qual o idoso possui maior vínculo. Em nenhum momento foi mencionada pelos sujeitos a ajuda de serviços de saúde como a Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família, serviço que deveria atuar como suporte de rede social do cuidado ao idoso e investir na assistência à família, a fim de manter um cuidado de qualidade para esse idoso.

Um microsistema é um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais dentro de um ambiente no qual os processos de aproximação geram e sustentam o desenvolvimento, sendo a família um exemplo desse sistema¹³.

A família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros, estando hoje no centro das funções de cuidado, atendendo as necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família¹⁴. Desse modo as políticas sociais, os governos e as organizações não governamentais deveriam apoiar as famílias no desenvolvimento dessa importante tarefa.

Assim, torna-se visível que no contexto da pessoa idosa ainda existe uma lacuna entre o que a Estratégia de Saúde da Família planeja para os usuários desse serviço e o que realmente lhes é ofertado. Portanto, a família necessita de um serviço eficaz que lhe disponibilize suporte para o enfrentamento da recuperação da saúde do idoso. A rede social da pessoa idosa deveria ser composta por sistemas que ofertassem estrutura a ele e à sua família, a fim de diminuir o sofrimento do idoso e de contribuir para um cuidado adequado.

Além do suporte material e financeiro prestado pela família, o idoso que sofreu acidente por queda pode encontrar dificuldades nas atividades da vida diária, como cuidar da casa, de suas finanças, do preparo das refeições, tomar banho ou deslocar-se de um cômodo para outro, necessitando de apoio em suas atividades. Verifica-se, nas falas a seguir, que a aproximação é realizada pelos familiares, o que proporciona características positivas no auxílio ao idoso em seu processo de desenvolvimento.

[...] Para me fazer as coisas eu conto com as duas, a minha filha e ela [esposa], mas quando eu estava são eu fazia tudo. (Raul, 71)

[...] A Lúcia [filha] que paga as contas, a conta de água e luz é a minha nora que paga, remédios e compras a Lúcia que compra. A nora que eu moro aqui todos os dias me dá banho e corre na minha volta (Helena, 87)

[...] O Michel [filho] me carregava no colo, o Adriano [filho], também me dava banho, fazia as coisas, até comida na boca ele me dava. (Ivana, 60)

[...] Minha filha, essa daí, é tudo com ela, me dá banho e me leva para o banheiro, os netos Carlos e Matheus e a mulher do neto, Valentina, ajuda... é muito boa ela. (Eloísa, 83).

Ao analisar os relatos, percebe-se que o idoso acometido por quedas estava em constante interação com outras pessoas. Na medida em que auxiliavam nas atividades de vida diária, os familiares faziam uma interação recíproca com o idoso, desenvolvendo laços afetivos fortes, que proporcionavam aspectos positivos para sua evolução.

Nenhuma característica da pessoa existe ou exerce influência no desenvolvimento de forma isolada, cada qualidade humana é intimamente envolvida e encontra os seus significados e mais profundas expressões em ambientes particulares, dos quais a família é o principal exemplo ⁶⁻¹³.

O desenvolvimento humano acontece ao longo de interações recíprocas (processo) progressivamente mais complexas entre um ser humano ativo, biopsicologicamente em evolução, e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente externo imediato ¹⁰.

Nesse contexto, existem os processos proximais, que são os motores principais do desenvolvimento, sendo que as características da pessoa e do contexto oferecem suporte e conduzem a maior parte do desenvolvimento ¹⁵. Sobre essa ótica, os processos proximais foram identificados por meio da atuação do familiar como apoiador ao idoso em suas atividades diárias, pois, na medida em que a família auxilia diariamente nessas tarefas proporciona interação face a face e resultados positivos para o idoso o que gera condições para sua evolução/recuperação.

O apoio familiar tornou-se mais amplo, ao oferecer suporte afetivo e psicológico ao idoso acometido por quedas, tornando-se um vínculo apoiador para ele.

[...] A família sempre é importante, amigos mesmo... somos unidos. (Raul, 73)

[...] Olha, eu estou vivendo com a minha família, todos, porque um dia vem um, um dia vem outro, e estão sempre na minha volta, sempre me ajudando. (Helena, 87)

[...] Família é família. As minhas duas filhas, os meus netos, os meus bisnetos, a tataraneta, todos são importantes, sempre foram e ainda estão sendo. (Eloísa, 83)

A família apareceu como principal vínculo apoiador desse idoso, sendo ela o vínculo apoiador que ofereceu suporte afetivo para o desenvolvimento da pessoa no processo que está vivenciando. O potencial de desenvolvimento de um ambiente aumenta conforme o número de vínculos apoiadores existentes entre este ambiente e outros ⁶.

Nessa perspectiva, a família consiste em um sistema de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento que unem os integrantes desse grupo. Assim, quando um membro da família, é acometido por uma doença, ela exerce a função de proporcionar recursos físicos e também emocionais para manter a saúde e o sistema de apoio necessário para o momento ¹⁶⁻¹⁷.

Portanto, percebeu-se que a família foi um elemento essencial para a recuperação desse idoso, uma vez que lhe oferece apoio afetivo, força e coragem para lidar com sua

condição de saúde e o enfrentamento das limitações geradas pela queda. Além do exposto, esses vínculos apoiadores proporcionaram realização pessoal, inserção social e um envelhecimento saudável, potencializando seu desenvolvimento no ambiente em que estavam inserido.

Em contrapartida, no núcleo familiar de dois idosos apareceram vínculos negativos, conforme demonstrado:

[...] O que me preocupa e atrapalha são os da família, tive um atrito com o genro Jaques e a filha Raíssa que se afastaram não falaram mais comigo, mas agora estão voltando de novo à convivência. (Raul, 73)

[...] Agora a pessoa que eu fico assim é com a namorada do meu filho, por qualquer coisinha ela começa a discutir e eu fico nervosa. (Ivana, 60)

Evidencia-se nas falas acima a existência de efeito de disfunção, uma vez que alguns membros da família influenciam negativamente o idoso em seu processo de desenvolvimento.

Os efeitos de disfunção, com relação à natureza dos resultados evolutivos, referem-se à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento por meio de situações e diferentes domínios do desenvolvimento. Em contrapartida, os processos proximais podem produzir efeito de competência, com relação à natureza dos resultados evolutivos. Os efeitos de competência são referente à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento por meio de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente, como uma combinação entre esses aspectos, podendo ser de cunho intelectual, físico, socioemocional, motivacional e artístico¹⁰.

Essa mudança observou-se no depoimento de Raul, 71, a qual demonstra que o processo de disfunção pode tornar-se competência, uma vez que as pessoas consideradas vínculos negativos, após o acidente por quedas, mobilizaram-se a fim de uma aproximação com o idoso. Nesse momento, os profissionais de enfermagem podem auxiliar o idoso, conhecendo as relações familiares, com o objetivo de fortalecer os vínculos apoiadores.

As intercorrências que acometem o idoso fazem com que a família se aproxime, promovendo, assim, uma reestruturação do vínculo e das atividades desenvolvidas por cada membro constituinte desse sistema. Diante desta temática, ela constitui-se como a maior fonte de apoio ao membro familiar em recuperação e é vista como a principal responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde desse idoso, sendo que qualquer mudança na estrutura familiar traz consequências no cuidado prestado a ele.

Neste contexto, a família se mobiliza para manter seu funcionamento e cria uma nova estrutura para adaptar-se à realidade que se apresenta, começando a conviver com uma

situação em que a pessoa fragilizada é o foco da atenção e o funcionamento da família passa a girar em torno dela¹⁸.

Nessa perspectiva, a família necessita também de uma rede de apoio, constituída de profissionais de saúde com visão inovadora que priorizem suas necessidades para cuidar do idoso e suas limitações decorrentes da idade. A família precisa ser um objeto de preocupação na área da enfermagem, por isso, deve-se assistir e investir nesse sistema para que ela possa prestar um cuidado de qualidade a esse idoso.

Nesse sentido observa-se a distância dos profissionais da saúde no cuidado ao idoso e a família, demonstrando a necessidade de interagir junto à família, criando estratégias para fortalecer o vínculo apoiador diante da problemática que os idosos estavam enfrentando.

[...] As orientações são muito pouco, eles não são claros... eles falam muito pouco e quando falam é pra dizer que a gente não fez nada certo, mas não explicam o que tem que fazer (Ivana, 60)

Desse modo, os profissionais de saúde necessitam conhecer a estrutura familiar, sua dinâmica e as interações que essa família possui e estabelece nos contextos em que transita, para assim atender suas reais necessidades, buscando fortalecer e manter os vínculos apoiadores¹⁶.

É importante considerar que dentre os profissionais da saúde os enfermeiros possuem conhecimento teórico que possibilita conhecerem os vínculos apoiadores de seus usuários, pois, a partir dessa realidade, poderão intensificar o cuidado ao idoso e sua família.

[...] Esse posto, quando eu precisei, eu e o meu filho fomos umas quantas vezes lá para chamar e elas não vinham em casa. Depois do encaminhamento da enfermeira do ambulatório central, a enfermeira do posto de saúde veio uma vez e não veio mais, ela tem prontuário lá e não aparece um médico para ver ela (Eloísa, 83).

Ao mencionar o “posto”, a idosa se refere a uma unidade de ESF, na qual os profissionais parecem não estarem preparados para atender às demandas no que tange as lesões por quedas, o apoio necessário a idoso para sua reabilitação e às prioridades dessa população, pois não demonstraram interesse ao problema da idosa, motivo que a levou a procurar atendimento em outra unidade básica de saúde na cidade.

Portanto, os membros envolvidos na Estratégia de Saúde da Família deveriam seguir seus objetivos, que consistem em prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população¹⁹.

Entende-se como um macrossistema o Estatuto do Idoso, que assegura atenção integral à saúde do idoso, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece o acesso universal

e igualitário aos serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que mais afetam as pessoas idosas. Garante, também, o atendimento domiciliar e a distribuição gratuita de medicamentos de uso continuado²⁰.

Ao falar nos direitos dos idosos, verifica-se que muitos já foram realizados com leis, projetos e portarias, que são instrumentos que auxiliam o idoso e a sua família a estarem amparados no processo cuidativo na presença de acidentes por quedas, e isso nos remete ao conceito de tempo, no qual acontecem as mudanças. Estas também acontecem no âmbito da família onde, com o passar do tempo, mudam as relações entre as gerações, acontecendo a valorização ou desvalorização dos idosos na família e na sociedade. Sabe-se que ainda há muito a ser feito, tendo em vista que as instituições de ensino e formação de profissionais de atendimento na área da saúde, social e de educação ainda devem investir na atenção à terceira idade no país.

Considerações Finais

Os resultados desse estudo mostraram que o vínculo apoiador ao idoso após o acidente por quedas é composto pela família e é por meio desse sistema que o idoso recebe suporte afetivo, físico e material necessário para o seu desenvolvimento no processo de viver e recuperar-se após a queda.

O referencial teórico enfatiza as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento, neste caso, o idoso após acidente por queda, portanto, mostrou-se apropriado para a realização de pesquisas nesse contexto.

A contribuição deste trabalho está na identificação da fragilidade dos vínculos apoiadores que integram a rede de cuidado ao idoso, por parte dos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros.

Para tanto, a enfermagem deve estar focalizada no cuidado ao idoso e sua família, auxiliando-o na reabilitação, orientando novos hábitos, diminuindo assim, os riscos de queda e promovendo um envelhecimento saudável. Diante do exposto, torna-se necessário que a saúde do idoso seja mais enfatizada nas instituições de ensino, assim como a importância do suporte e empoderamento da família para fortalecer o vínculo apoiador ao idoso.

Como parte desse desafio destaca-se o trabalho da Enfermagem por meio de ações educativas sobre saúde do idoso para população, pois à medida que essas pessoas estiverem

preparadas para lidar com as alterações geradas pelo envelhecimento, farão parte da rede social, tornando-a mais ampla e auxiliando a família no cuidado a pessoa idosa.

Conclui-se que a família precisa de um suporte para manter o apoio necessário a reabilitação do idoso após a queda, portanto as políticas que garantem um envelhecimento assistido e saudável devem ser colocadas em prática, desse modo é necessário instrumentalizar os profissionais de saúde para atender essa demanda específica.

REFERÊNCIAS

01-IBGE. **Estimativas das populações residentes**, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 17 Nov. 2010.

02-F.E.E- Fundação de Economia e Estatística. **Projeção da população por faixa etária e sexo** - Rio Grande do Sul - 2010. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao_tabela_02.php?ano=2010>. Acesso em: 17 nov. 2010.

03-Filho CET de, **Fisiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO. Manual de Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p.60-70.

04-Gai J. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. 2008. Dissertação (apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Gerontologia) da Universidade Católica de Brasília. Brasília.

05-Perracini MC, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2002;36(6):709-16.

06-Bronfenbrenner U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267p.

07-Charchat F H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo - SP, v. 27, n. 1, p. 79-82. 2005.

08-Brasil. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil. IDB-2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>>. Acesso em 14 Nov. 2010.

09-Prati L. et al. **Revisando a Inserção Ecológica**: uma proposta de sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.21, n.1, p.160-169, 2008.

10-Bronfenbrenner U, Morris PA. **The Ecology of Developmental Process**. In: I. DAMON (Org. Série) e R.M. LERNER (Org. Volume) Handbook of child psychology: Theoretical

models of human development. New York., NY: John Wiley e Sons, V. 1, pp. 992-1027, 1998.

11-Cecconello AM. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

12-Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

13-Koller SH (org.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 441p.

14- Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciências e Saúde Coletiva**. UPE. 243-253. 2005

15-Bronfenbrenner U, Ceci SJ. **Nature-nurture Reconceptualized in Desenvolvimental Perspective: a biocological model**. Psychol. Ver., v. 101, n. 4, p.568-86, oct.1994.

16-Di Primo AO, Schwartz EB, Bielemann VLM, Burille A, Zillmer JGV, Feijó AM. Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. 2010; 19(2): 334-42.

17-Wright LM, Leahey M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4.ed. São Paulo: Roca, 2008. 294p.

18- Bielemann VLM. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá (PR): Eduemp.199-215.13; 2004.

19- World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.: il.

20-Brasil, Ministério da previdência Social. Acessoria de comunicação social, 2008.

Artigo Publicado com Orientador

Artigo de Revisão

Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):547-53. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>.<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa

The change in practice in mental health and deinstitutionalization: an integrative review

Los cambios de los procedimientos en salud mental y la desinstitucionalización: una revisión integradora

Ariane da Cruz Guedes^I, Luciane Prado Kantorski^{II}, Patrícia Mirapalheta Pereira^{III}, Bianca Neme Clasen^{IV}, Celmira Lange^V, Rosani Manfrin Muniz^{VI}

^I Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Bolsista CAPES. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: ariane.guedes@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPel. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br.

^{III} Enfermeira. Especialista em Auditoria em Saúde. Enfermeira Assistencial em Unidade Cirúrgica HE/FAU/UFPel e em UCTI – Santa Casa de Misericórdia Pelotas, RS, Brasil. E-mail: patihepp@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPel. Enfermeira do CAPS, Prefeitura Municipal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: biancaneme@hotmail.com

^V Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPel. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: celmira_lange@ufpel.edu.

^{VI} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, UFPel. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: romaniz@terra.com.br.

RESUMO

A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomiais, visando o cuidado em liberdade. Este artigo objetiva apresentar uma revisão integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2004 a junho de 2010. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa de literatura utilizando os descritores: saúde mental, serviços de saúde mental e desinstitucionalização. Foi realizada a busca nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. Foram encontradas dez publicações que atenderam aos critérios de inclusão, nove escritas em português e uma em inglês, sendo todos artigos publicados em periódicos. Através da leitura na íntegra dos artigos desta revisão, por similaridade de conteúdos, agruparam-se estes em duas temáticas, a saber: *O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização* e *As práticas do cuidado em saúde mental no âmbito psicossocial*. Durante a análise dos artigos, pode-se visualizar de maneira ampla o que vem ocorrendo nos serviços de saúde mental, no interior do processo da reforma psiquiátrica, bem como retomar o seu histórico e realizar algumas reflexões que fazem crítica às ações dos profissionais comprometidos com os ideais do cuidar em liberdade.

Descritores: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

The deinstitutionalization was the main alternative to the mental hospital practice, seeking care in freedom. This article presents an integrative review of the literature undertaken to identify and analyze the scientific production of deinstitutionalization, the focus of psychosocial care in the period from 2004 to June of 2010. The methodology used was an integrative review of literature using the keywords: mental health, mental health services and institutionalization. A search was performed on the databases SciELO, LILACS and PubMed. There were found ten publications that met the inclusion criteria, nine written in Portuguese and one in English, and all articles were published in journals. By reading the full-text of this review, through content similarity, they were grouped into two themes, namely: *The history of psychiatric reform in the process of institutionalization and practices of mental health care in the psychosocial*. While reviewing the articles, you can broadly see what is happening in mental health services within the psychiatric reform process as well as returning to their historical and make some reflections that are critical to actions as professionals committed to the ideals of carrying in freedom.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization.

RESUMEN

La des-institucionalización fue la principal alternativa a la desconstrucción de las prácticas de manicomio, la búsqueda de atención en la libertad. Este artículo busca presentar una revisión integradora de la literatura realizada con objeto de identificar y analizar la producción científica del proceso de des-institucionalización en el foco de la atención psico-social, en el periodo del 2004 al junio de 2010. La metodología utilizada fue una revisión integradora de literatura utilizando los descriptores: SciELO, LILACS y PubMed. Fueron encontradas diez publicaciones que atendían a los criterios de inclusión, nueve escritas en portugués y una en inglés, estando todos estos artículos publicados en periódicos. A través de la lectura íntegra de los artículos de esta revisión, por semejanza de contenidos, se agruparon estos en dos temáticas, a saber: *El histórico de reforma psiquiátrica en el proceso de des-institucionalización* y *Las prácticas del cuidado en Salud mental en el ámbito psico-social*. Durante el análisis de los artículos, se puede visualizar de manera amplia lo que viene ocurriendo en los servicios de salud mental en el interior del proceso de reforma psiquiátrica, bien como el retomar su histórico y realizar algunas reflexiones que efectúan críticas a actividades de los profesionales comprometidos con los ideales de cuidar en libertad.

Descriptores: Salud mental; Servicios de salud mental; Des-institucionalización.

INTRODUÇÃO

A história da loucura é a história de um saber e uma prática concebidos e arquitetados no coletivo, em conexão com as culturas, com os tempos e as sociedades dos homens, e também do cotidiano minúsculo de suas representações significantes. Sobre ela não há, à luz de uma arqueologia do saber, uma verdade absoluta, mas uma sucessão de discursos contraditórios e complementares, que reconstruem e rompem a cada momento um novo olhar sobre a loucura⁽¹⁾.

Entende-se atualmente por hospital como sendo uma instituição responsável por receber indivíduos doentes e dispensar-lhe atendimento a fim de tratar a doença e promover a cura quando possível.

Porém, o hospital nem sempre teve esse significado, ele não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha o objetivo de oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos marginalizados. Para essa instituição utilizou-se a expressão hospital que, em latim, significa hospedaria, hospitalidade⁽²⁾.

Até então, a loucura era vista apenas como forma de marginalidade, no sentido de que os doentes mentais eram indivíduos que deveriam ser afastados para os 'hospitais' por estarem num estado de inadequação social.

A psiquiatria e a reforma psiquiátrica, enquanto movimento que faz a crítica e visa reformar as práticas psiquiátricas, surgiram juntos. Esse fato se deu a partir do momento em que autoridades da Revolução Francesa delegaram a Phillippe Pinel, no ano de 1793 em Paris, a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, os quais se encontravam em condições subumanas, promovendo a segregação⁽³⁾.

Nesse contexto de enclausuramento e exclusão social, Pinel surge como um "libertador",

uma vez que desacorrentou aqueles indivíduos, os quais viviam constantemente presos, ousando experimentar um novo tipo de tratamento, sendo que, os doentes mentais nos momentos de surto eram contidos apenas com camisas de força.

Pode ser que para a época tenha sido um grande feito, uma revolução, Pinel desacorrentar os loucos das correntes físicas que os prendiam, entretanto por meio desse gesto, ele os acorrentou à alienação, à segregação social e ao estigma da loucura que até hoje não foi completamente superada.

Pinel ao propor a liberdade dentro do manicômio, ao mesmo tempo em que os libertou das correntes, os aprisionou a um tratamento asilar, sob um regime total de isolamento. Este, entretanto, não significa necessariamente a perda da liberdade, mas pelo contrário, é uma modalidade de assistência que restitui a liberdade ao homem, subtraída pela alienação. Este consiste no primeiro e fundamental princípio terapêutico do chamado 'tratamento moral', o qual incide no princípio do 'isolamento do mundo exterior'⁽²⁾.

Após as duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, tanto com relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício e compreendeu-se que os mesmos deveriam mudar, pois as práticas ocorridas no âmbito destes eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Com isso houve o nascimento das primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica⁽²⁾.

Então, se estruturou em diversos países movimentos de reforma, visando não mais o aprimoramento e humanização dos hospitais psiquiátricos, mas extinção dos mesmos, substituindo-os por serviços territorializados de saúde mental, que dispensassem tratamento diferenciado, em liberdade.

Sendo assim, a desinstitucionalização consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania⁽⁴⁾.

A reforma psiquiátrica consiste na transformação de saberes e práticas em relação à loucura, na percepção da complexidade do objeto de intervenção e também em recompreender o sofrimento psíquico, bem como em destruir manicômios internos e externos que têm aceitado determinadas formas de pensar e agir. Sobretudo na reinvenção de modos de lidar com a realidade⁽⁵⁾.

Nessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados conforme a portaria do nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Constituem-se em serviços estratégicos, substitutivos ao modelo manicomial. São caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Estes devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, deverão funcionar independente de qualquer estrutura hospitalar⁽⁶⁾.

Nesse intuito, uma das propostas mais relevantes dos CAPS é a reinserção social do indivíduo e a promoção da inclusão na sociedade. Dentro de vários serviços dessa natureza existem propostas que abrangem essa expectativa, como oficinas as quais servem de espaço terapêutico; cooperativas que oportunizam a geração de renda e autonomia do indivíduo; espaços de trocas na sociedade como apresentação de danças em eventos, participação em seminários, entre tantas outras riquíssimas e criativas iniciativas, que vem sendo tomadas em todo o Brasil.

Em virtude da riqueza de fatos ocorridos nesse percurso de transformações da assistência em saúde mental, surge o interesse pela investigação da produção científica, por meio de uma revisão integrativa de literatura relacionada a essa temática.

Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo apresentar uma revisão integrativa de literatura realizada a fim de identificar e analisar a produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2005 a junho de 2010.

METODOLOGIA

A fim de responder o objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura tendo em vista que esta é uma alternativa de pesquisa que se propõe buscar e analisar o conhecimento publicado referente a determinado tema, de maneira aprofunda. Esta disponibiliza aos profissionais das mais variadas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados que são considerados mais relevantes de pesquisas que fundamentam a tomada de decisão ou as condutas, proporcionando um saber crítico⁽⁷⁾.

Foi realizada a busca em três bases de dados a saber: SciELO (Scientific Eletronic Library Online) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed, com publicações nacionais e internacionais, no período de 2004 a junho de 2010. Definiram-se estas bases de dados por serem as principais fontes de publicações da área da saúde.

Determinou-se a busca nesse espaço de tempo, considerando que a lei que redireciona o modelo assistencial em saúde mental foi aprovada em 2001 (Lei 10.216/2001). Portanto acredita-se que a partir do ano de 2005, período de escolha desta revisão integrativa, constitui-se recorte temporal em que a implantação dos serviços substitutivos foi efetivada e a partir de então, passam a ser debatidas em publicações da área.

Como critério de inclusão da amostra, realizou-se a busca nas bases antes citadas com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde mental, serviços de saúde mental e desinstitucionalização. Como critério de exclusão, optou-se por não analisar publicações relacionadas à clínica em saúde mental e os artigos que tratassem da relação da saúde mental e o poder judiciário, devido ao fato de que este artigo se propõe a analisar as práticas dentro do contexto da atenção psicossocial, com o foco na desinstitucionalização. Foram considerados como documentos de análise os artigos publicados em periódicos.

A revisão nas bases de dados resultou em setenta e oito publicações, sendo que um mesmo artigo foi encontrado em duas bases de dados distintas. Tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, sessenta e oito publicações foram excluídas do estudo, pois não tratavam do histórico da mudança nas práticas em saúde mental e nem abordavam a desinstitucionalização, e sim eram específicas sobre a clínica, com foco na descrição de psicopatologias específicas, e outras se referiam aos aspectos judiciais que envolvem a atenção em saúde mental. Portanto foram analisadas dez publicações na íntegra, que se adequavam ao objetivo desta revisão.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas. Primeiramente identificaram-se os assuntos referentes a cada artigo, os quais foram agrupados em um instrumento construído para essa finalidade contendo a localização da publicação, ano, país, tipo de estudo, objetivos, metodologia e resultados. Por fim realizou-se a leitura exaustiva dos artigos na íntegra a fim de extrair os dados para construção do artigo em questão.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir estão relacionados os dados encontrados, primeiramente organizados no [Quadro 1](#), no qual se pode visualizar as publicações referentes à temática proposta, e a seguir em duas temáticas definidas por aproximação de conteúdos:

Quadro 1: Publicações científicas encontradas nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed sobre produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2004 a junho de 2010; segundo a caracterização do título, autores, revista, ano, país e fonte.

Título	Autor	Revista	Ano	País	Fonte
A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	Villela SC, Scatena MCM	Revista Brasileira de Enfermagem	2004	Brasil	SciELO
A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura	Alverga AR, Dimenstein M	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	2006	Brasil	SciELO
Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	Furtado JP	Ciência e Saúde Coletiva	2006	Brasil	LILACS
Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental	Belini MG, Hirdes A	Texto e Contexto Enfermagem	2006	Brasil	LILACS
Connectedness and citizenship: redefining social integration	Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D	Psychiatric Services	2007	Canadá	PubMed
O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização	Honorato CEM, Pinheiro R	Physis Revista de Saúde Coletiva	2008	Brasil	SciELO
As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social	Leão A, Barros S	Saúde Soc.	2008	Brasil	SciELO
Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético	Hirdes A	Saúde em Debate	2008	Brasil	LILACS
Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico	Amorim AKMA, Dimenstein M	Ciência & Saúde Coletiva	2009	Brasil	SciELO
Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil	Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A	Interface Comunicação Saúde Educação	2010	Brasil	SciELO

Todos os documentos são artigos científicos publicados em periódicos, nove são nacionais e apenas um internacional. Foram encontradas na base de dados SciELO seis publicações, três na base de dados LILACS e uma na base PubMed. Todos os periódicos participantes desta revisão têm caráter metodológico qualitativo.

Por meio desta revisão integrativa evidencia-se que quatro artigos foram publicados em São Paulo, dois no Rio de Janeiro, um na Paraíba, um no Rio Grande do Norte, um em Santa Catarina e um em Nova Iorque. A origem das publicações foi diversificada entre as regiões do Brasil, percebendo-se assim um predomínio de publicações na região sudeste (seis artigos).

Em relação à formação acadêmica dos autores, três artigos foram escritos por enfermeiros; dois por psicólogos; dois por um médico; um por um enfermeiro e um médico psiquiatra; um de autoria de dois profissionais: um terapeuta ocupacional e um enfermeiro e por fim um escrito por um grupo de pesquisa interdisciplinar. A análise do material estudado evidenciou ausência de publicações no ano de 2005.

Portanto, a leitura na íntegra dos artigos desta revisão possibilitou o agrupamento dos artigos por similaridade de conteúdos, em duas temáticas, a saber: *O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização*⁽⁸⁻¹⁰⁾ e *As práticas do cuidado*

em saúde mental no âmbito psicossocial⁽¹²⁻¹⁷⁾.

O histórico da reforma psiquiátrica no processo de desinstitucionalização

Fizeram parte desta temática os seguintes artigos: As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social⁽⁸⁾, A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura⁽⁹⁾ e Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético⁽¹⁰⁾.

No processo histórico da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomiais, pois rompe com o modelo segregador a fim de proporcionar o cuidado em liberdade.

A consolidação, expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, especialmente nos CAPS, foram os principais objetivos das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estes se constituem em serviços estratégicos na organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão destes foi de extrema importância para mudar o cenário de atenção à saúde mental no Brasil⁽¹¹⁾.

Em um estudo qualitativo, com entrevistas aos trabalhadores de um CAPS II, do município de São Carlos-SP, buscou-se compreender as representações sociais destes, sobre as práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica é vista como sendo uma substituição do modelo de atenção centralizado na assistência hospitalar, onde existe uma preocupação com a intervenção da doença mental e não a pessoa em seu contexto de vida.

Os profissionais fazem críticas às diretrizes colocadas pela política nacional de saúde mental, no que se refere à redução dos leitos psiquiátricos, assim como necessidades de recursos humanos quanto à formação; insuficiência de profissionais em saúde mental e políticas sociais. No entanto, ressaltam que um avanço significativo para reforma psiquiátrica foi à criação dos CAPS, os quais têm um olhar direcionado para outro aspecto da vida do indivíduo e suas necessidades de ordem biológica, social e econômica. Vale ressaltar que a proposta de desinstitucionalização desse movimento representa a desmontagem dos aparatos científicos, tecnológicos, jurídicos e culturais criados para solucionar a questão de doença mental pela vida de exclusão⁽⁸⁾.

O cuidar no âmbito dos serviços substitutivos se traduz em um desafio para os profissionais de saúde, pois há troca de valores. Anteriormente as ações eram respaldadas no preconceito, descaso e segregação, não se tinha a preocupação em valorizar a subjetividade do 'doente mental'. Portanto é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos com a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos.

Há muitos desafios presentes no processo de reforma psiquiátrica brasileira para a construção de uma rede integrada de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. A reforma psiquiátrica é vista como sendo a construção de um novo lugar sócio/político-conceitual-cultural para a loucura, novas formas de lidar com as diferenças.

No entanto, essa busca pela reafirmação dos ideais modernos de igualdade e o cuidar em liberdade gera alguns impasses como, o aumento da demanda de usuários, alocação de recursos financeiros do SUS, necessidades de qualificação do cuidado e formação profissional em saúde mental, assim como a rejeição a esse serviço. Os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que estão sócio articuladas com a produção de forma de vida em

sociedade⁽⁹⁾.

Através da reforma psiquiátrica foi possível um olhar diferenciado sobre a loucura, privilegiando o cuidado humanizado e individualizado aos indivíduos em sofrimento psíquico. Entretanto esse vai muito além de aspectos inerentes à saúde, deve contemplar todos os âmbitos que perpassem a vida cotidiana dos sujeitos, proporcionando assim um aumento de sua autonomia, resgatando a cidadania destes em todas as nuances do seu viver.

O aparecimento de novos serviços respaldados pelas iniciativas das políticas públicas de saúde mental gerou um avanço no enfoque do trabalho terapêutico, o qual era centrado no modelo biomédico, e hoje se aprofunda na questão do sofrimento psíquico, tratamento de reabilitação psicossocial realizando abordagens mais completas aos indivíduos. Ao invés das práticas tradicionais que objetivavam o doente e seu corpo, hoje se rompem um novo modelo de atenção, no qual a subjetividade é reintegrada com o corpo social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Essa tomada de consciência a respeito da importância dessas intervenções produz movimentos de superação da objetualização a que foi submetido o doente e, também, a reconstrução de um corpo subjetivo, social e físico⁽¹⁰⁾.

A criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial surgiu como suporte e alternativa a todos os indivíduos em sofrimento psíquico, pois estes dispositivos se apresentam de maneira especializada proporcionando oferta às diversas especificidades de cuidados.

Percebe-se pela análise da temática, um grande avanço nas reflexões acerca do processo de desinstitucionalização, pois as pesquisas avançam o pensar nesse processo de forma crítica, não ficando limitados apenas em descrever as alternativas de desinstitucionalizar a loucura. Há preocupação em solidificar políticas de saúde mental que priorizem a qualificação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e que contemplem o viver dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade, além dos muros dos serviços e instituições.

As práticas do cuidado em saúde mental no âmbito psicossocial

Integraram essa temática os artigos a seguir: A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental⁽¹²⁾, Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration⁽¹³⁾, O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização⁽¹⁴⁾, Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico⁽¹⁵⁾, Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental⁽¹⁶⁾, Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil⁽¹⁷⁾ e Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS⁽¹⁸⁾.

A mudança na assistência em saúde mental que pretende superar o modelo hospitalocêntrico e segregador, traz consigo muitos desafios na implantação dessa forma de cuidar em liberdade.

A valorização das influências biopsicossociais no processo de adoecer tornou-se necessária frente à percepção do doente como ser humano e cidadão. E sendo este dotado de potenciais, tem a liberdade como bem maior. Esse indivíduo passa pelo processo de reabilitação psicossocial, reconstruindo o exercício de cidadania, e reestabelecendo seu poder de contratualidade.

Sendo assim, no espaço de cuidados, a criação e a manutenção do ambiente terapêutico e da interação profissional-doente fazem-se constantes sendo de responsabilidade da

equipe interdisciplinar que atende nos serviços extra-hospitalares. Portanto, fica evidente a modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a co-participação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde⁽¹²⁾.

O comprometimento dos profissionais de saúde com o processo de reabilitação psicossocial é estratégico para o redirecionamento da assistência em saúde mental. Estes indivíduos são atores principais para que a reforma psiquiátrica aconteça de fato.

Um outro dispositivo utilizado como ferramenta na atenção psicossocial, é a promoção da inclusão social dos indivíduos. A integração social é um processo que deve ser promovido a todo tempo dentro dos serviços comprometidos com a reforma psiquiátrica, contribuindo em todas as suas ações para o fortalecimento da cidadania do indivíduo, sendo o foco central da reabilitação psicossocial⁽¹³⁾.

Para que a reintegração social aconteça é de suma importância que estratégias de cuidado sejam implementadas nos diversos dispositivos que compõem a rede de saúde mental, promovendo atividades fora dos serviços para que caiam as barreiras que separam a loucura da normalidade da sociedade.

Nesse aspecto, foi desenvolvido um estudo no município do Carmo, na região serrana do Rio de Janeiro, o qual teve por objetivo analisar o trabalho dos profissionais de saúde mental no contexto do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), através da observação do cenário de trabalho e ambiente terapêutico, durante três meses por dois dias consecutivos na semana, no ano de 2006. Esta pesquisa concluiu que os profissionais dão vida à própria política de saúde mental, constituindo-se como atores de uma ação integral, que promove cuidado e autonomia, e confere direitos de cidadania.

A integralidade é, portanto, atividade coletiva e social. Integrar é fazer rede, é ampliar, é chamar outros a agir. É, então, fazer valer uma política das relações. A experiência dos técnicos produz uma técnica de escuta e mobilização em constante movimento. O trabalho sustenta-se no encontro das diferenças. Na equipe, destacam-se o papel dos cuidadores como novos intelectuais da reforma, em ação no ambiente social⁽¹⁴⁾.

Os SRT's foram dispositivos estratégicos no âmbito da atenção psicossocial, pois servem de suporte e alternativa de moradia para indivíduos que sofrem com transtornos mentais severos e que permaneceram muito tempo institucionalizados no hospital psiquiátrico, rompendo assim laços com a sociedade.

Ainda no âmbito destes serviços, foi realizada uma pesquisa nesse contexto em Natal, no Rio Grande do Norte, que analisou a sua experiência, valendo se também de contribuições da literatura do campo. Suas principais conclusões foram que o SRT coloca-se fundamentalmente como um dispositivo problematizador da atenção em saúde mental, exigindo a constante reflexão sobre as práticas e saberes em jogo no processo de desinstitucionalização em construção. Seu trabalho exige, sobretudo, a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a cidade com suas diferentes e potentes estratégias de cuidado. Nesse sentido, há necessidade de construção efetiva de redes de cuidado e sociabilidade no trânsito dos moradores pela cidade. Num nível macropolítico, está à necessidade de políticas públicas que exijam e possibilitem aos serviços a articulação com a vida "lá fora", na construção de redes de conexão e diálogo nos diferentes espaços onde cada usuário circula e constrói sua vida de modo a garantir a (des) construção permanente das práticas de cuidado de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada usuário⁽¹⁵⁾.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem-se em dispositivos estratégicos para a desinstitucionalização. Portanto é necessário que se reflita quanto ao papel destes, os quais devem proporcionar muito além da moradia e sim o viver na cidade, pois estes não são precisamente serviços de saúde, mas ambientes para viver, morar e que devem estar articulados com a rede de atenção psicossocial proporcionando assim suporte na reabilitação psicossocial. É necessário que tenham foco no resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, proporcionando a liberdade para este tomar suas próprias decisões, servindo como suporte para que este seja reinserido na sociedade⁽¹⁶⁾.

A implementação dos SRT para indivíduos em sofrimento psíquico no sistema público de saúde representou importante conquista, a partir do momento em que expandiu uma iniciativa até então restrita, no que se refere a número e de estados da federação nos quais se fazia presente. Estas, por mais variadas que possam ser entre si, são elementos fundamentais no processo de reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento mental grave⁽¹⁷⁾.

Anteriormente à formulação das políticas de saúde mental não eram disponibilizadas alternativas além do manicômio, as opções de cuidado se extinguíam dentro dessa instituição. Contudo, a implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi um grande avanço para a qualidade de vida dos usuários de saúde mental.

Sendo assim, este dispositivo está consolidado no Brasil. Há destaques consistentes de sua importância para a superação das condições vivenciadas por sujeitos em sofrimento psíquico institucionalizados em manicômios. Entretanto, ainda há avanços a serem feitos, pois o número destes serviços existentes contempla 10,8% do total necessário. Portanto, a implicação dos gestores municipais do SUS se apresenta como decisiva para a expansão ou não desses dispositivos⁽¹⁸⁾.

Sabe-se que a reforma psiquiátrica está avançando em termos de expansão e inovação, entretanto há a necessidade de consolidar os serviços já existentes para que possa ser qualificado o cuidado em atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desinstitucionalização, que contribuiu para a transformação nas práticas em saúde mental, ainda hoje é almejado e buscam-se maneiras efetivas de desconstrução do modelo manicomial que muitas vezes insiste em renascer dentro dos serviços substitutivos.

Durante a análise dos artigos incluídos nessa revisão integrativa de literatura, pode-se visualizar de maneira ampla o que vem ocorrendo nos serviços de saúde mental, no interior do processo da reforma psiquiátrica, bem como retomar o seu histórico e realizar algumas reflexões que fazem crítica às ações dos profissionais comprometidos com os ideais da reforma psiquiátrica.

Por meio da busca nas bases de dados, com os artigos encontrados, observou-se que há uma relativa distribuição de publicações nas regiões sudeste e nordeste, porém evidencia-se ausência de produções nas regiões centro oeste e norte.

Sendo assim, a análise dos dados permite perceber a preocupação dos trabalhadores de saúde mental com a qualificação do cuidado em atenção psicossocial, através das pesquisas que expõem as práticas de atenção em saúde mental nos diversos dispositivos que compõem a rede. Evidencia avanços na preocupação em qualificar os serviços já

existentes.

Entretanto há uma limitação no que concerne a reforma psiquiátrica, tendo em vista que esta é muito recente em termos históricos, é necessário que as idéias possam ser solidificadas para que se reflita de maneira aprofundada nos aspectos referentes à desinstitucionalização. Seus resultados são expostos e poderão ser utilizados como fonte de informação para se refletir sobre o modelo de atenção em saúde mental e sobre os avanços e desafios colocados nesta trajetória.

Percebe-se a luta incansável dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares no processo de reforma psiquiátrica para que as mudanças nas práticas do cuidado sejam efetivas. Todavia sabe-se que ainda há uma longa caminhada para que o movimento antimanicomial seja concretizado de fato, e por isso tornam-se pertinentes outros estudos nesse sentido, para a descoberta de práticas que tem se destacado na atenção psicossocial e que podem contribuir nesse processo.

É necessária, a desconstrução em primeiro lugar de um manicômio escravizador e que permeia até hoje em nossa sociedade, o manicômio mental, aquele silencioso, mas que destrói essas novas formas de pensar. Não adianta querer construir várias estratégias de cuidar em liberdade, se na mente e nas atitudes dos profissionais de saúde mental ainda estão impregnadas idéias que remetem ao preconceito e ao estigma da loucura.

REFERÊNCIAS

1. Miranda CL. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; 1994.
2. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: FIOCRUZ; 2007.
3. Tenório F. A reforma psiquiátrica, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2002;9(1):25-59.
4. Duarte MLC. Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2007. 173p.
5. Kantorski LP. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: Valladares, A. C. A. *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. São Paulo: Vetor; 2004.p. 15-30.
6. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
8. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saude soc*. 2008;17(1):95-106.

9. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):299-316.
10. Hirdes A. Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético. *Saúde em Debate*. 2008;32(78-80):9-17.
11. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 85 p.
12. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):738-41.
13. Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. *Psychiatr Serv*. 2007;58(4):469-74.
14. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*. 2008;18(2):361-80.
15. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):195-204.
16. Belini MG, Hirdes A. Projeto Morada São Pedro: da institucionalização à Desinstitucionalização em saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):562-9.
17. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):389-400.
18. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):785-95.

Artigo recebido em 20.11.2009

Aprovado para publicação em 25.08.2010

Artigo publicado em 30.09.2010



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](#)

Artigos Encaminhados para Publicação

Artigos publicados:

Guedes AC, Kantorski LP, Pereira PM, Clasen BN, Lange C, Muniz RM. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):547-53. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>. Artigo publicado em 30.09.2010

Pereira, Patrícia M; Petry, Paulo; Porto, Adrize; Thofehrn, Maira. The importance of nurse auditor qualification in professional nurse care. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Vol: 4 Issue: 2 Pages/record No.: 511-516.2010.

Artigos encaminhados:

Pereira, P.M; Lange.C; Santos.F; Borba, D.L.L. A família no cuidado ao idoso após acidente por quedas, **Revista técnico científica de enfermagem-Maringá-PR**, 2011. Esse artigo foi realizados a partir de dados da dissertação

Souza, Helder Ferreira de; Santos, Fernanda dos; Goz, Juliana Maçada Lange de; Rodrigues, Mônica Canilha Tortelli; Pereira, Patrícia Mirapalheta; Lange, Celmira. Orientações prestadas pelos profissionais da saúde ao cuidador de pessoa com Doença de Alzheimer.**Rev. RECENF – Revista Técnico-Científica de Enfermagem**.2011.

Pereira, Patrícia; Lange, Celmira; Leal, Daiane; Coimbra, Valéria. Influência da Auditoria em Saúde no Processo de Cuidar: Visão do Profissional Enfermeiro. **Journal of Nursing and Health (JONAH)**. Pelotas. RS.2011.

Borba, Daiane Lopes Leal; Lange, Celmira; Maagh, Samanta Bastos; Pereira, Patrícia Mirapalheta; Viegas, Aline da Costa; Thumé, Elaine. Perfil das idosas atendidas por queda em um serviço de emergência no sul do Brasil. **Rev. Texto e Contexto. Florianópolis. SC**. 2011.

Maagh,S.B.; Lange, C.; Linck,C.;Gigante, D.P.; Muniz, L.Q.; Mirapalheta,p. causas externas envolvendo idosos atendidos em um pronto socorro. **Rev. texto e contexto**, Florinópolis. SC. 2010.

