UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE - CEDESS
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Aline Tavares Domingos

A TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR DO IDOSO PÓS FRATURA DE FÊMUR

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2019

Aline Tavares Domingos

A TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR DO IDOSO PÓS FRATURA DE FÊMUR

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde na Comunidade

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Luís Fernandes Guerra

São Paulo

2019

Domingos, Aline Tavares

A transição do cuidado hospitalar para domiciliar na perspectiva do cuidador do idoso pós fratura de fêmur/ Aline Tavares Domingos. – São Paulo, 2019.

85f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Transition from hospital care to home care according to caregiver perspective after elderly femoral fracture.

Palavras-chave: 1. Femoral fracture. 2. Care transition. 3. Hospital discharge. 4. Elderly.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MODALIDADE PROFISSIONAL

Coordenadora

Profa. Dra. Elke Stedefeldt

Vice-Coordenadora

Profa. Dra. Patricia Rios Poletto

ALINE TAVARES DOMINGOS

A TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR DO IDOSO PÓS FRATURA DE FÊMUR

São Paulo, 2 de setembro de 2019

Profa. Dra. NAIRA DE FÁTIMA DUTRA LEMOS

Prof. Dr. SIDNEI JOSÉ CASETTO

Profa. Dra. MONICA RODRIGUES PERRACINI

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

(Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu pai, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha trajetória acadêmica e pessoal.

Ao professor Ricardo Guerra, que acreditou no meu potencial e apostou nesse ideal, sempre disponível e disposto a ajudar.

Ao meu noivo, Rafael, pela compreensão nos momentos de ausência e de ansiedade, pela inestimável generosidade em auxiliar nessa trajetória.

Aos idosos e cuidadores que participaram voluntariamente do estudo, que nesse quase um ano de convivência trocamos experiências, vivências e afeto. Meu eterno agradecimento, sem eles não seria possível.

À Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo, pelo amparo, principalmente nos últimos meses.

Aos amigos da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP, pelo trabalho conjunto.

Às colegas do Mestrado, com as quais compartilhei momentos de felicidades e angústias, tornando o caminho menos complicado.

Aos participantes da Banca de Qualificação, Prof. Dr. Sidney e Prof. Dra. Naira, que contribuíram com a lapidação dessa produção.

À professora Monica Perracini, pela valiosa contribuição na Defesa.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As fraturas de fêmur são eventos agudos, recorrentes e têm impacto na funcionalidade no idoso. A associação com elevados índices de morbidade e mortalidade faz, destas fraturas, um preocupante problema de saúde pública. Neste contexto, a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar é de suma importância e pode ser influenciada pelas orientações feitas ao idoso e ao cuidador. **OBJETIVO:** Compreender o processo de adaptação domiciliar de idosos com fratura de fêmur, na perspectiva de seus cuidadores, após as orientações de alta hospitalar. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, realizado com 12 cuidadores de idosos que sofreram fratura de fêmur, utilizando entrevista semiestruturada, as quais foram analisadas por meio de análise de conteúdo, na alta hospitalar e após quinze dias. Para caracterizar os voluntários foram ainda utilizados os instrumentos de Medida da Independência Funcional, escalas de Katz e Lawton e escala de Morisky no período de Alta e após 15 dias. **RESULTADOS:** Houve predominância do sexo feminino para idosos e cuidadores, esses com vínculo familiar de filho e com ensino superior. Na análise das entrevistas foram categorizadas dificuldades em compreender e executar as orientações de alta, barreiras no acesso a rede de saúde, além da necessidade de um cuidador, mudança na organização familiar e a sobrecarga da família. A baixa reabilitação pós fratura, no que se refere às atividades de vida diária demonstram a necessidade de estudar mais atentamente essa população. **CONCLUSÃO:** as principais dificuldades observadas foram em relação ao acesso a rede de saúde, como conseguir fisioterapia e inserção em programa de reabilitação. As facilidades citadas foram já ter cuidado de algum idoso previamente, e possuir residência adaptada às restrições físicas impostas pela pós fratura, nesse período inicial. Alguns cuidadores mostraram ainda satisfação com as orientações de alta, porem foram encontrados problemas como fragmentação das informações e descontinuidade do cuidado, demonstrado a importância de uma melhor prática na Alta Hospitalar.

Palavras-chave: Fratura de fêmur. Transição do cuidado. Alta hospitalar. Idoso.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Femur fractures are acute, recurrent and have an impact on functionality in the elderly. The association with high morbidity and mortality rates makes these fractures a worrying public health problem. In this context, the transition from hospital to home care is of paramount importance and can be influenced by the guidance given to the elderly and the caregiver. **OBJECTIVE:** To understand the process of home adaptation of elderly with femur fracture, from the perspective of their caregivers, after hospital discharge guidelines. **METHODS:** This is a qualitative study conducted with 12 caregivers of elderly people who suffered a femur fracture, using a semi-structured interview, which were analyzed through content analysis at hospital discharge and after fifteen days. To characterize the volunteers were also used the Functional Independence Measurement instruments, Katz and Lawton scales and Morisky scale in the period of Alta and after 15 days. **RESULTS:** There was a predominance of females for the elderly and caregivers, those with family ties and higher education. In the analysis of the interviews were categorized difficulties in understanding and executing discharge guidelines, barriers in access to the health network, in addition to the need for a caregiver, change in family organization and family overload. The low rehabilitation after fracture, regarding the activities of daily living, demonstrates the need to study this population more closely. **CONCLUSION:** The main difficulties observed were regarding access to the health network, such as obtaining physical therapy and rehabilitation program insertion. The facilities mentioned were already taking care of some elderly previously, and having a residence adapted to the physical restrictions imposed by the post fracture in this initial period. Some caregivers also showed satisfaction with the discharge guidelines, but problems such as fragmentation of information and discontinuity of care were found, demonstrating the importance of a better practice in hospital discharge.

Keywords: Femur fracture. Care transition. Hospital discharge. Elderly.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. População por grandes grupos etários, 1940-2060. Brasil. 15

Gráfico 2. Incidência de fratura de fêmur no Brasil ≥50 anos de
2014 a 2018 Datasus - 18

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1. Medidas descritivas das variáveis MIF, de acordo com as avaliações.....33

Quadro 1. Categorias e Núcleos de sentidos de Cuidadores de Idosos com Fratura de fêmur no momento da alta hospitalar.....69

Quadro 2. Categorias e Núcleos de sentidos de Cuidadores de Idosos com Fratura de fêmur após 15 dias da alta hospitalar. 75

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14
2.1 O envelhecimento populacional 15
2.2 A fratura de fêmur 17
2.3 A educação em saúde 20
2.4 A transição do cuidado 22
2.5 O cuidador 24
3 OBJETIVOS 26
3.1 Objetivo geral 27
3.2 Objetivos específicos 27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 28
4.1 Tipo de Pesquisa 29
4.2 Procedimentos Éticos 29
4.3 Local de estudo 29
4.4 Sujeitos e critérios de inclusão e Não inclusão 30
4.5 Período de Coleta de dados 30
4.6 Procedimentos de Coleta de dados 30
4.7 Instrumentos de Coleta de Dados 31
4.8 Análise dos dados 32
4.9 Caracterização dos Idosos que sofreram fratura de fêmur 33
5 RESULTADOS 35
6 DISCUSSÃO 40
7 CONCLUSÃO 47
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49
Anexo 57
Apêndices 60
Bibliografias consultadas 84

1 APRESENTAÇÃO

A proximidade com o envelhecimento deu-se ainda na infância, quando a maior referência de ternura era a minha avó paterna. Sempre encontrava nos mais velhos a experiência vivida.

De alguma maneira eu queria cuidar, e eis que em 2008 ingresso no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Não ao acaso, afinal essa era a Instituição que a minha avó mais respeitava, e consequentemente onde meu pai me inscreveu para o vestibular.

Desde a Graduação meu empenho foi nas causas geriátricas. Em todos os estágios eu encontrava uma maneira de me aproximar mais dessa população, até que encontrei uma colega do curso de Medicina que nutria a mesma paixão, e juntas, criamos a Liga Acadêmica de Gerontologia. A partir daí meu mundo passou a ser o envelhecimento populacional e suas interfaces.

No final da graduação já estava decidida, iria fazer Residência em Envelhecimento. Ingressei na Universidade Federal de São Paulo em 2012, como aluna do Programa de Residência Multiprofissional, onde passei a conviver com muitos dos maiores pesquisadores e entusiastas do assunto.

Sempre acreditei no Sistema Único de Saúde, e nas potencialidades que os profissionais têm a desenvolver, e ficava intrigada com a lacuna existente entre o cuidado hospitalar e o domiciliar. De certa forma parecia que ficávamos limitados ao momento agudo, sem preparar a população ao que estava por vir. Então elaboramos um plano de cuidados multiprofissional, e ousamos entrar em contato com a rede de atenção básica para contra referenciar nossos idosos. A vivência que permitiu acreditar que seria possível, foi um estágio de dois meses na Universidade do Porto, em Portugal, em um programa de cuidados continuados integrado.

Já no final da residência realizo um concurso público para a mesma Instituição, e eis que sou aprovada. No mês seguinte passo a ser a Enfermeira da Unidade Hospitalar de Geriatria, e preceptora da Residência Multiprofissional. O sonho se realizava: estar entre meus grandes mestres inspiradores.

Assim, a necessidade de aprofundar meus conhecimentos em ensinar, em entender como melhorar esse hiato entre hospital e domicílio, levou-me ao Mestrado em Ensino em Saúde, que uniu as minhas maiores paixões.

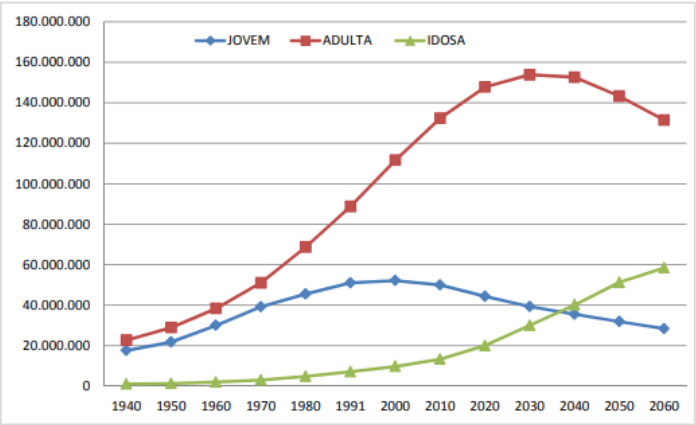
Investigar como os idosos chegam em seus lares após uma fratura, e como os profissionais podem auxiliá-los nesse processo foi a grande motivação desse estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O envelhecimento populacional

Em grande parte do mundo, o envelhecimento da população tornou-se realidade nas últimas décadas. Na população brasileira as mudanças demográficas estão ocorrendo de forma rápida, diferentemente de países desenvolvidos, que vivenciaram esse processo de forma gradual. Observa-se que o avanço tecnológico, o investimento em saúde pública e a utilização de antibióticos importados no período pós-guerra na década de 1940 corroboraram para que, com a queda da mortalidade no Brasil, a expectativa de vida aumentasse (IBGE, 2011). Em 1980 a esperança de vida ao nascer era de 62,5 anos, em 2013 passou para 74,9 anos, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os quais mostram um país com estrutura etária mais envelhecida, quando comparados os grandes grupos etários (Gráfico 1), e proporcionalmente com um contingente maior de mulheres. Para estudar a questão do crescimento da população idosa, considerar-se-á idoso aquele indivíduo que tenha 60 anos ou mais de idade. Essa definição resulta numa heterogeneidade do segmento considerado idoso, já que aí estão incluídas pessoas de 60 a 100 anos ou mais de idade (CAMARANO, 2011), considerando que as diferenças no ritmo de vida, as condições econômicas, regionais e sociais alteram as condições de vida da população que chega aos 60. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos, população com sessenta anos e mais no Brasil, deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco, levando o país a ocupar o sexto lugar quanto ao contingente de idosos.

Gráfico 1. População por grandes grupos etários, 1940-2060. Brasil.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População para o período 2000-2060.

Com o envelhecimento populacional as demandas sociais e econômicas tornam-se desafios a serem superados. O Fundo de Populações das Nações Unidas reforçou, em seu relatório sobre o envelhecimento no Século XXI, que muitos países avançaram em políticas e leis, mas que ainda é preciso avançar mais (NAÇÕES UNIDAS, 2012).

A população idosa é composta por diversos segmentos, os quais diferem principalmente nas questões étnicas, de gênero e socioeconômicas, bem como possuem algumas características marcantes. Dos dados selecionados pelo IBGE para analisar as características marcantes da população idosa, destaca-se: a forte presença em áreas urbanas (84,1%); a maioria branca (55%); a maioria que recebe algum benefício da previdência social (76,8%). Em relação à moradia, 63,7% a maioria da população idosa reside com filhos ou outros parentes que são provedores da residência. Devido a este fato, é de fundamental importância identificar o tipo de arranjo domiciliar no qual os idosos estão inseridos. A PNAD de 2011 constatou que:

> [...] cerca de 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais de idade (14,4%) viviam em domicílios unipessoais, ou seja, sem cônjuge, filhos, outros parentes ou agregados. O arranjo formado por um casal, com presença de ao menos um idoso, correspondia a 24,5%. Outro arranjo comum (30,7%) refere-se àquele em que o idoso vivia com os filhos, sendo todos eles com 25 anos ou mais de idade, com ou sem presença de outro parente ou agregado. Sendo assim, 85,6% dos idosos viviam em arranjos em que havia presença de outra pessoa com quem estabelecesse alguma relação de parentesco, seja cônjuge, filho, outro parente ou agregado (IBGE, 2012, p.42).

Previsto na Constituição de 1988, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96, com o objetivo de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, promoção de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Em 2003 é sancionado o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país (BRASIL, 2006). Mesmo a Constituição Federal de 1988 tendo representado grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado desta parcela da população.

O envelhecer possui diversos aspectos, como físico, social, psicológico, sendo que, em relação à saúde essa população passa a demandar maiores cuidados em

todos os níveis de atenção, principalmente pela prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (FIRMINO et al., 2010; PASCHOAL, 1996). Assim, essa população constitui um complexo perfil epidemiológico, que requer do sistema de saúde uma organização para assegurar a assistência (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

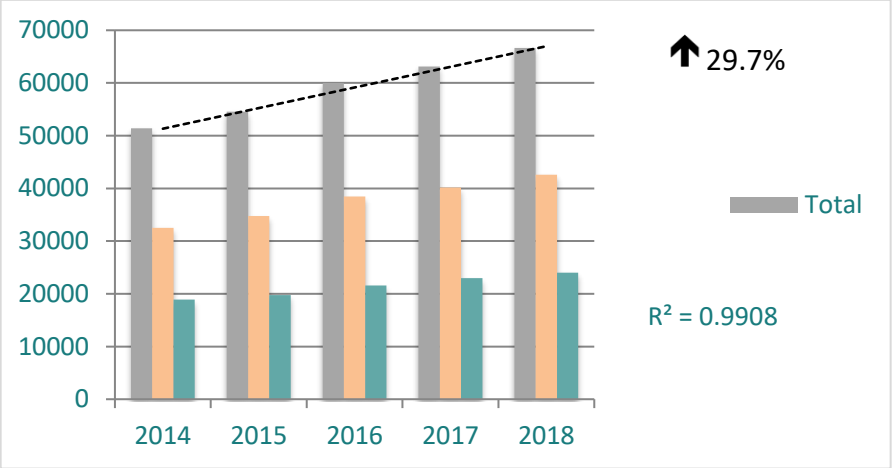
2.2 A fratura de fêmur

As ocorrências de quedas constituem um agravo importante nos idosos e as fraturas, em particular as de fêmur (de colo ou outras partes), podem levar a vários tipos de complicações, inclusive à morte. O estudo ¨Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)¨ (LEBRÃO et al, 2005), realizado no município de São Paulo, verificou que 28,6% dos idosos se referiam a quedas, que aumentavam com a faixa etária. Foi observado que 26,2% dessas quedas ocorreram em pessoas entre 60 e 74 anos e 36,9% em pessoas acima de 75 anos, sendo mais frequentes nas mulheres (33,0%) do que nos homens (22,3%). No mesmo estudo, foram identificadas limitações das atividades e o conjunto artrite/reumatismo/artrose (31,7%), como principais responsáveis por esse quadro. Desses idosos, 62,6% informaram ter algum tipo de limitação, sendo 22,1% muito limitados e 40,5% com pouca limitação. No estudo de Siqueira et al 2011, foram entrevistados 6.616 idosos, moradores em áreas urbanas de 100 municípios de 23 estados brasileiros, sendo verificada a prevalência de quedas de 27,6% e 11% dos idosos entrevistados relataram fratura decorrente da queda.

A fratura ocorre pela associação de fatores como a alteração de equilíbrio e instabilidade de marcha, fatores ambientais e relacionados à saúde do indivíduo, como osteoporose, acuidade visual diminuída, doenças neurológicas e cardiovasculares. No Brasil estima-se que ocorram, em média, 36.200 casos por ano em idosos, com aumento significativo nos últimos anos. A incidência de fratura de fêmur na população com 50 anos ou mais, entre 2014 e 2018, aumentou quase 30% (Gráfico 2). E ainda mais preocupante é o fato de que cerca de 5% dos que são hospitalizados por esse motivo morram ainda na internação hospitalar, e um terço no primeiro ano após a fratura. Em relação à recuperação funcional, 50 % dos idosos ficam acamados ou restritos à cadeira de rodas e entre 25 a 35% necessitam de

auxílio de terceiros e/ou dispositivo de auxílio de marcha (SCHILLING; GOULET; DOUGHERTY, 2011; SOARES et al., 2014; ROCHA; AVILA; BOCCHI, 2016).

Gráfico 2. Incidência de fratura de fêmur no Brasil ≥50 anos de 2014 a 2018 Datasus -



Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def

As fraturas por fragilidade são epidemia em todo o mundo, e no Brasil também podemos observar esse aumento. A fratura de fêmur é a mais comum e a que pode levar a maior morbidade e mortalidade, exigindo dos serviços de saúde um modelo de cuidado aos idosos com fratura de fêmur (KATES; MEARS, 2011).

No Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), do Ministério da Saúde, no ano de 2015 foram realizadas 281 cirurgias para tratamento de fraturas de idosos. Dessas cirurgias, 3,91% foram de alta complexidade e 96,09% foram de média complexidade, sendo que 40 (14,23%) foram fraturas do colo do fêmur (12 artroplastia do quadril e 28 osteossíntese do colo do fêmur). As fraturas proximais do fêmur são a principal causa de morte relacionada a quedas nos idosos, responsáveis por cerca de 340.000 internações/ano nos Estados Unidos, a um custo aproximado de três bilhões de dólares. Atingem, com maior frequência, a população de idosos, sendo 95% acima de 60 anos e do sexo feminino (75%). Tais fraturas têm como principal causa a fragilidade óssea devido à desmineralização ou processos tumorais. Em virtude da frequente ocorrência de doenças associadas nesses pacientes, a taxa de mortalidade nos primeiros 30 dias atinge de 5% a 10%, chegando a 15% a 30% no primeiro ano (GRIFFITHS et al, 2012).

Dada a importância do tema, a Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos, que têm como finalidade traçar recomendações para o tratamento de adultos, com 60 anos ou mais, que apresentem fratura do colo do fêmur com trauma de baixo impacto (baixa energia) (BRASIL, 2018). Algumas dessas recomendações inclui a abordagem cirúrgica, destacando que o tratamento cirúrgico da fratura do colo do fêmur deve ser realizado com a maior brevidade possível, desde que o paciente encontre-se clinicamente apto para a cirurgia proposta (osteossíntese ou artroplastia), evitando-se ultrapassar um período superior a 48 horas, a partir da ocorrência da fratura.

Em relação à reabilitação, coloca que o programa de reabilitação interdisciplinar promove melhor resultado e adequação funcional do paciente no pós-operatório de fratura do quadril, atuando na proposta preventiva e nos cuidados básicos de saúde, tais como adequação do ambiente doméstico e a reinserção na sociedade, além de forte recomendação de início de fisioterapia precoce (dentro das 48 horas) no pós operatório, com continuidade e supervisionada por um fisioterapeuta. Cita ainda que para o cuidado e prevenção de fraturas, em especial a de fêmur, em pacientes idosos, é fundamental, aplicar na prática clínica as seguintes medidas: avaliação do estado nutricional com ferramentas confiáveis, como o questionário da Mini Avaliação Nutricional; avaliar se a ingestão de alimentos atende as necessidades nutricionais recomendadas; em caso de ingestão nutricional inadequada, o que é muito comum nesta faixa etária. Delineia que é necessário aplicar e reaplicar as escalas preditivas para identificação dos pacientes em risco para o desenvolvimento de lesão por pressão pelo enfermeiro. E que é da competência do profissional da saúde orientar o cuidador do paciente quanto à adoção de medidas preventivas para evitar a lesão por pressão (BRASIL, 2018).

Ressalta que a avaliação do geriatra inclui a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) nos pacientes e que após esta avaliação, as condutas serão tomadas para um tratamento personalizado (cognição, humor, capacidade, funcional, avaliação social e suporte familiar). Além de forte recomendação para o atendimento domiciliar multiprofissional ao idoso, por proporciona vantagens qualitativas, ao permitir que sejam identificadas diversas ações, tais como: identificar o “estresse ambiental” modificável e a suspeita de maus-tratos, orientar, informar, instrumentalizar o idoso

para o seu autocuidado e também os familiares ou cuidadores e promover maior independência nas atividades de vida diária (pentear o cabelo, comer sozinho) (BRASIL, 2018).

No final de 2007, o Ministério da Saúde publicou a Portaria no. 3213, na qual instituiu um comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados de osteoporose e quedas na população idosa, uma vez que a maioria das fraturas de fêmur estão relacionadas a essa patologia.

De acordo com dados da *British Orthopaedic Association* (2014), apesar da complexidade envolvida no tratamento das fraturas de fêmur, ainda há grande variação dos aspectos-chave dos tratamentos entre os hospitais, traduzindo-se em diferenças muito grandes na experiência do paciente, relacionadas especialmente ao pré-operatório (no tempo em que os pacientes são encaminhados para o tratamento) e ao pós operatório (nos cuidados para a prevenção de riscos – risco para desenvolver úlceras de pressão, delirium, tromboembolismo, infecção, entre outros).

Os estudos de Mendelson e Friedman (2014) indicam que programas integrados dedicados ao idoso podem contribuir positivamente para os tratamentos, trazendo resultados com maior valor agregado. Para Porter e Teisberg (2007), esses programas pressupõem, além da incorporação de diretrizes clínicas, a utilização de um método sistemático para conseguir a sua adesão, a qual passa pela capacitação dos profissionais, a identificação de líderes médicos e de enfermagem, o acompanhamento das unidades envolvidas, o uso de indicadores, a reorganização da logística de atendimento e o trabalho em rede.

2.3 A educação em saúde

Com a maior expectativa de vida, surge a necessidade de maior preparo dos profissionais de saúde para lidar com essa população, uma vez que possui múltiplas facetas. Até mesmo na Política Nacional do Idoso a capacitação de profissionais é citada como um objetivo, levantando a necessidade de adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde. O enfoque nessa política é a promoção do envelhecimento saudável, manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade

funcional restringida. Uma forma de atingir esses objetivos é a incorporação da educação em saúde no trabalho dos profissionais (BRASIL, 1994).

A educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Na prática tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo. Nessa perspectiva, há sempre a relação conflitante do saber técnico com o saber popular, porque na maioria das vezes é utilizado um sistema de transmissão de conhecimentos, no qual aquele que é "educado" é considerado como passivo (FREIRE, 1996). Fato importante a destacar, é que a maior parte dos idosos brasileiros, os que passaram pela educação escolar formal, foram ensinados dessa maneira, podendo fazer com que a educação em saúde os remeta a essa vivência punitiva, disciplinadora e moralista.

O cuidado com o idoso vai além da esfera da saúde, contrapondo-se ao tratamento de doenças. Os profissionais devem estar preparados para relacionar-se integralmente, levando em consideração a percepção cultural do indivíduo em relação ao que está acontecendo consigo (BIZ; MAIA, 2007). Já na Política Nacional do Idoso, é ressaltada a necessidade a inserção de disciplinas em cursos que englobem o tema do envelhecimento em todos os cursos, independente do nível de graduação (BRASIL, 1994).

Muitas são as dificuldades encontradas pelos profissionais para estimular a mudança de comportamento de idosos e de seus cuidadores. Há a hipótese de que alguns profissionais não tem um "perfil" para relacionar-se com idosos, no sentido de não terem empatia e não saberem lidar com as limitações dos idosos (PERES, 2010; FIRMINO et al., 2010). Não obstante, em algumas situações o profissional objetiva "conscientizar" aquele que está recebendo as informações, como se o idoso não houvesse se conscientizado, na busca de mudar comportamentos considerados errados pela saúde, não tomando conhecimento do significado cultural de tal comportamento na percepção do indivíduo (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009). Na prática de educação em saúde deve-se valorizar os conhecimentos que os indivíduos trazem consigo (SCHWARTZ, 2000).

Ademais, o fator que exerce papel crucial na melhor compreensão dos usuários dos serviços de saúde acima de 60 anos é o grau de escolaridade. De acordo com o IBGE, a maioria da população não alfabetizada é composta por indivíduos acima de

60 anos. No entanto, leis de educação como a LDB (Lei 9.394/96), não citam a educação de idosos, tampouco o Estatuto do Idoso, assim, cabe ao profissional adequar a metodologia de trabalho para melhor compreensão desses (PERES, 2010). Além do grau de escolaridade em si, pensando no analfabetismo funcional, a Comissão da Organização Mundial da Saúde sobre Determinantes Sociais em Saúde identificou que as inequidades em saúde sofrem influência direta sobre o nível de compreensão dos indivíduos (MARMOT, 2007).

Considerando que a ocorrência de doenças crônicas faz parte do processo de envelhecimento fisiológico, e que a coexistência de uma ou mais dessas doenças não são preditivas de perda de funcionalidade (essa entendida como a capacidade de o indivíduo realizar satisfatoriamente suas atividades de vida diária), ao longo do processo de envelhecimento devemos praticar ações educativas com vistas a favorecer a manutenção das habilidades físicas e cognitivas do idoso para uma vida independente e autônoma, sendo a capacidade funcional um indicador de saúde dos idosos e que pode sofrer alterações nos diferentes momentos de saúde, como em hospitalizações (KAUFFMAN, 2001; MAESHIRO et al., 2013).

2.4 A transição do cuidado

A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado, que deve incluir o desenvolvimento e a implantação do plano de cuidados para facilitar a transferência do idoso, do hospital para um local apropriado de reabilitação para continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional ou a capacitação do cuidador para os cuidados necessários em domicílio, evitando assim novas reinternações. Esse local pode ser, além do domicílio, uma instituição de longa permanência, a rede de atenção básica, ou um centro de reabilitação (GARÇÃO, 2013). A recuperação pós fratura perpassa diversos contextos e modificações necessárias por parte do idoso, pois requerem cuidados de longo prazo pela limitação funcional. Na maior parte das vezes essa limitação impede que as adaptações sejam feitas por meios próprios, uma vez que várias estratégias serão utilizadas, sendo necessário um cuidador para auxiliar nesse momento (LIN et al., 2006).

Considerando que a fratura de fêmur é um evento agudo, o modo como é realizada a transição do cuidado para o domicílio, pelos profissionais da saúde,

merece ser destacado por influenciar positivamente na recuperação da independência funcional dos idosos. Um estudo australiano comparou o efeito da alta precoce com a reabilitação hospitalar tradicional sobre idosos que sofreram fratura de fêmur e seus cuidadores e verificou a redução significativa do sofrimento de cuidadores de pacientes que receberam os profissionais de reabilitação em casa, sem, no entanto, afetar os resultados dos pacientes em 12 meses (CROTTY et al., 2003). Ademais, pesquisadores sugeriram estratégias que julgavam apropriadas para minimizar problemas e sofrimentos do enfrentamento de uma nova condição de vida após o evento traumático da fratura, tais como: orientar o acesso às informações disponibilizadas online por centros de pesquisa (NAHM et al, 2010); indicar instituições com equipe multiprofissional especializada em atender às necessidades do binômio cuidador-familiar e idoso-dependente e avaliar e estimular a percepção de apoio social dos cuidadores (SHYU et al., 2012); atribuir a um gerente de caso (case management) no processo de transição do cuidado, além de trabalhar os fatores psicológicos do cuidador (TAYLOR, BARELLI, HARDING, 2010).

A preparação ideal para a intervenção cirúrgica ocorre em uma consulta multidisciplinar de preparação pré-operatória, com explicação de cirurgia e anestesia, educação em mobilidade, treinamento para as atividades de vida diária, bem como a educação do cuidador familiar. Estas podem contribuir para o planejamento oportuno da transição do hospital para a casa, possibilitando a desenvolvimento de estratégias adaptativas para o paciente e sua família (MCDONALD et al., 2014; PEREIRA et al., 2016).

Ainda na internação os pacientes pós fraturas de fêmur são estimulados a realizar exercícios, e mantê-los na pós alta é primordial para a recuperação funcional, seja em programas específicos ou mesmo treinando os cuidadores para que auxiliem o idoso a executá-los (LATHAM et al., 2014).

Considerando que a fratura de fêmur em idosos é um evento que interfere diretamente na qualidade de vida dos mesmos e que as estratégias de educação para o planejamento do cuidado da transição do ambiente hospitalar para o domiciliar irão influenciar na recuperação da independência funcional dessa população, a hipótese foi de que o nível de apropriação e execução das orientações de alta pelos idosos com fratura de fêmur e seus cuidadores não é elevado. Porém, quando os idosos e seus cuidadores apropriam-se das informações e as executam, criam melhores

condições de reabilitação, proporcionando melhor recuperação da saúde e independência.

As condições clínicas dos idosos antes da fratura podem influenciar a recuperação da independência funcional, apesar do empenho das famílias no cuidado domiciliar. Os fatores que reconhecidamente afetam a recuperação após FFP são: idade, estado de saúde pré-fratura, capacidade funcional basal, estado emocional pós-cirurgia, déficits cognitivos e disponibilidade de apoio social recebido. Investigação realizada em Israel acrescentou que a melhoria funcional é influenciada pelas alterações cognitivas, seguido pelo estado nutricional na admissão (avaliado pela dosagem de albumina sérica), nível funcional pré-lesão e intervenção cirúrgica precoce (HERSHKOVITZ et al., 2007). Outro fator que certamente influencia a recuperação da independência funcional dos idosos é a harmonia estabelecida na relação de interdependência. A fase de recuperação atravessa diferentes cenários e providências de cuidado à saúde, sendo os cuidadores reconhecidamente engajados em toda a trajetória (LOUIE et al, 2012).

2.5 O cuidador

O cuidador é aquele que assume a responsabilidade de dar suporte ou incentivar a realização das atividades da vida diária, tendo em vista a recuperação ou manutenção da sua autonomia (RAVAGNI, 2008).

Há uma necessidade crescente de integrar as perspectivas dos pacientes e cuidadores no planejamento da assistência para garantir melhores resultados (ASIF et al., 2019), pois além de indesejáveis para os pacientes, as quedas seguidas de fraturas de fêmur são também dispendiosas para suas famílias e para a sociedade, uma vez que podem comprometer a independência funcional, ou seja, a capacidade do indivíduo de realizar algo com seus próprios meios, necessitando de um cuidador, que pode ser tanto formal quanto informal. O informal, geralmente um membro da família, não recebe remuneração pelo cuidado prestado e pode não ter treinamento profissional, diferentemente do formal (VIEIRA et al., 2011). Ainda pode ser caracterizado por vínculo com o idoso (familiar ou não), que muitas vezes complementam-se entre si na prestação de cuidados (LEMOS; MEDEIROS, 2011). As principais atividades que os cuidadores participam estão relacionadas aos

medicamentos e à higiene (BIERHALS et al., 2017). O papel de cuidador tem gerado modificações na dinâmica familiar, com aumento da participação do sexo masculino e do idoso cônjuge, incluindo parentes, como sobrinhas(os), netas(os) e irmãs(os) (GONÇALVES et al., 2011). Destaca-se a sobrecarga do cuidador relacionando-a ao seu comprometimento funcional e psicológico em função da dedicação diária ao cuidado, mudanças na vida social, sobrecarga financeira, convivência com os sintomas depressivos e alterações cognitivas, disfunção de papéis ou interrupção da rotina familiar (FUHRMANN et al., 2015).

Recomenda-se a capacitação do cuidador por meio de desenvolvimento de programa de educação em saúde, fornecendo informações que o ajudem a melhorar o cuidado e estratégias para aumentar a oferta de apoio social, modelos assistenciais que estimulem a participação dos idosos e o autocuidado; plano de alta hospitalar que inclua grupos de apoio, serviço social e informações de cuidados em saúde, e projeto de reabilitação consistente com informações aos cuidadores (LOUIE et al., 2012).

Existem diferentes estratégias, de diferentes países, para capacitação dos cuidadores e na realização da transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, medidas que influenciam a qualidade do cuidado e consequentemente a recuperação da independência funcional. No entanto, ainda não existe consenso de protocolo a ser seguido, sendo recomendado que cada serviço conheça as necessidades das famílias e opte por modelo mais adequado. Nos EUA foi avaliado um programa interativo online, com duração de oito semanas e destinado a cuidadores de idosos que sofreram fratura de fêmur, observou-se melhora do conhecimento sobre cuidado (NAHM et al., 2012). Salienta-se que esse tipo de estratégia é uma tendência com a informatização, mas é preciso cautela, já que nem todos os cuidadores têm acesso a esses recursos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender o processo de adaptação domiciliar de idosos com fratura de fêmur, na perspectiva de seu cuidador, após orientações de alta hospitalar.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos cuidadores para a aplicação das orientações de alta.
- Avaliar o grau de satisfação dos cuidadores dos idosos com as orientações de alta.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de pesquisa observacional, semilongitudinal de abordagem qualitativa com análise temática dos discursos.

A pesquisa qualitativa é definida por Minayo como aquela que “[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificável [...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994, p. 21).

4.2 Procedimentos Éticos

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, vinculado a Plataforma BRASIL, aprovado com número de parecer número 2.519.796, CEP/UNIFESP nº 0131/2018. Também foi aprovado pela Disciplina de Geriatria e Gerontologia da mesma universidade. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e a confidencialidade das informações e a possibilidade de desistência sem prejuízo ao seu acompanhamento no serviço de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de saúde (CNS). Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos na pesquisa (Apêndice1).

4.3 Local de estudo

Primeiramente as entrevistas foram realizadas em unidades de internação do Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em que estivessem idosos com fratura de fêmur acompanhados pela equipe multiprofissional da Geriatria e após três semanas, ou o primeiro retorno, sendo que a pesquisadora foi até as residências dos idosos que aceitaram participar do estudo para nova entrevista.

4.4 Sujeitos e critérios de inclusão e Não inclusão

Inicialmente esperava-se obter uma amostra maior, acima de 60 anos, e seus respectivos cuidadores. Porém, o local do estudo passou por uma crise financeira, com diminuição de atendimento e realização de procedimentos cirúrgicos. Dessa maneira, 56 idosos foram atendidos pela disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP com fratura de fêmur. Desse total, 37 idosos não atenderam os critérios de inclusão e dentre eles, 15 foram a óbito. Assim, 19 voluntários atenderam aos seguintes critérios de inclusão;

- O idoso apresentar Fratura de fêmur, sendo esta a 1ª fratura de membro inferior.

Da amostra de 19 idosos e seus cuidadores, sete foram excluídos no decorrer do estudo, e 12 idosos e seus cuidadores foram acompanhados pelos 4 meses seguintes à fratura.

E como critério de exclusão:

- Idosos que no momento da alta foram encaminhados para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

4.5 Período de Coleta de dados

Os dados foram coletados entre Março de 2018 e Abril de 2019.

4.6 Procedimentos de Coleta de dados

A pesquisadora realizou treinamento (para padronização e balizamento) com as quatro profissionais que forneciam as orientações de alta. Esses profissionais eram residentes do programa de Residência Multiprofissional em Envelhecimento da UNIFESP, um graduado em Enfermagem, um em Fisioterapia, um em Nutrição e um em Serviço Social. O formulário (Apêndice 2) e fala eram padronizados, compreendendo as atividades de vida diária, como alimentação, higiene pessoal, banho, vestir/calçar, utilização do vaso sanitário, transferências/locomoção, prevenção de lesões e quedas, cuidados com dispositivos, adaptações domiciliares e

informações sobre a Unidade Básica de referência para prosseguimento dos cuidados em saúde.

Após a orientação de alta das profissionais, a pesquisadora entrevistou os cuidadores com um roteiro semiestruturado, ainda no ambiente hospitalar.

As entrevistas foram semiestruturadas (Apêndice 3) gravadas e transcritas na íntegra para análise. Posteriormente foi agendada a visita da pesquisadora no domicílio do participante, para nova aplicação dos instrumentos, com 15 dias após a alta ou o primeiro retorno ambulatorial. Todas as coletas foram feitas em ambiente reservado e adequado, com boa ventilação e luminosidade.

TRIVIÑOS (1995) refere que a entrevista semiestruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Os eixos temáticos que contemplaram esta etapa da coleta de dados foram conceitos sobre educação em saúde, promoção à saúde e reabilitação funcional. As entrevistas questionaram sobre: as orientações no plano de cuidados da alta hospitalar, sobre execução das orientações, facilidades, dificuldades e motivações encontradas pelos idosos em relação à implementação das orientações de alta.

4.7 Instrumentos de Coleta de Dados

A entrevista semiestruturada é composta por perguntas principais pré-estabelecidas, mas está livre para ir além podendo elaborar novas perguntas, que tornem as respostas mais completas (MINAYO, 2001). Foram aplicadas entrevistas com os cuidadores dos idosos (Apêndice 3) no momento da alta e após quinze dias. Dados socioeconômicos foram obtidos a partir da escala ABEP (Anexo 1).

A capacidade funcional foi medida por meio da escala da Medida da Independência Funcional (MIF), a qual foi validada no Brasil e escolhida por ser confiável e precisa, além de ser de fácil aplicação (Apêndice 4). Utilizamos a escala em dois momentos: na alta hospitalar e na primeira avaliação no domicílio. O instrumento avalia o grau de capacidade do indivíduo nas atividades de autocuidado, mobilidade e transferência, locomoção, controle de esfíncter, comunicação e interação social. Atribui-se um escore que classifica de um, que é a

dependência total, a sete, compreendido como independência completa, para cada atividade. E o total varia de 18 a 126 pontos. Quanto mais baixa a pontuação, maior a dependência do idoso (RIBERTO, 2001).

As tarefas cotidianas, também descritas como Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) foram avaliadas por meio das escalas de Katz e Lawton, respectivamente (Apêndice 5). Ambas têm suas primeiras publicações há mais de 40 anos e até hoje possuem ampla utilização em estudos nacionais e internacionais. A escala de Katz et al. (1963), aborda questões relacionadas ao banho, a ir ao banheiro, à forma como alimenta-se, veste-se, locomove-se e sobre o controle esfincteriano (KATZ et al., 1963). A escala de Lawton classifica as atividades instrumentais, ou seja, o preparo de refeições, a realização de compras, a utilização de transporte, a limpeza da casa, o uso de telefone, a administração financeira do lar e o controle de medicamentos que faz uso (LAWTON; BRODY, 1969).

A adesão medicamentosa, essa compreendida como a utilização de pelo menos 80% dos medicamentos prescritos nos horários determinados, dose e tempo de duração do tratamento, foi avaliada por meio da escala de Morisky (Apêndice 6). Foi incluído por entendermos que a adesão medicamentosa faz parte da transição do cuidado, uma vez que geralmente é incluído o tratamento medicamentoso na reabilitação e recuperação funcional pós fratura, como analgésicos, precursores de absorção de cálcio para a saúde óssea e afins. O instrumento na versão em português possui quatro perguntas, e uma resposta positiva indica problemas na adesão medicamentosa (MORISKY, 1986).

4.8 Análise dos dados

Após a coleta dos dados, as transcrições das entrevistas foram lidas para a efetivação da análise e sua interpretação, na qual se buscou significados para os dados obtidos. Os resultados da entrevista e da observação semiestruturadas foram agrupados e, em seguida, categorizadas nos dois momentos de coleta de dados, na alta hospitalar e após quinze dias para os cuidadores dos idosos. Essas categorias foram analisadas com a perspectiva de obter conhecimento aprofundado do conteúdo dos resultados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo.

4.9 Caracterização dos Idosos que sofreram fratura de fêmur

A média de idade dos idosos (12) foi de 78,2 anos, 75% do sexo feminino. Em relação ao grau de escolaridade, 58,3% possuíam ensino fundamental incompleto, 16,7 % ensino fundamental completo, 16,7% ensino superior, e 8,3% ensino médio completo. As classes econômicas predominantes foram B2 e C1.

Em relação à Medida da Independência funcional, observamos pontuações baixas (como esperado) e variações entre a Alta e 15 dias, nas variáveis: MIF autocuidado (7 pontos), MIF esfíncteres (4 pontos), MIF mobilidade (4,5 pontos), MIF locomoção (4 pontos), MIF cognição (1,5 pontos) e MIF total de (22 pontos) (Tabela 1)

Tabela 1. Medidas descritivas das variáveis MIF, de acordo com as avaliações.

Variáveis		**Alta**	**15 dias**
MIF autocuidado	Mediana	23,00	30,00
	1º quartil	17,50	26,50
	3º quartil	25,25	33,00
MIF esfíncteres	Mediana	7,00	11,00
	1º quartil	5,75	10,00
	3º quartil	12,00	13,00
MIF mobilidade	Mediana	10,50	15,00
	1º quartil	8,25	11,00
	3º quartil	12,50	18,00
MIF locomoção	Mediana	5,00	9,00
	1º quartil	4,50	6,25
	3º quartil	7,25	11,25
MIF comunicação	Mediana	13,50	14,00
	1º quartil	10,00	12,00
	3º quartil	14,00	14,00
MIF cognição	Mediana	18,00	19,50
	1º quartil	15,50	18,75
	3º quartil	20,00	20,00
MIF Total	Mediana	77,00	99,50
	1º quartil	61,00	78,00
	3º quartil	89,75	109,25

Com relação às atividades de vida diária, medidas pelo Katz, os idosos saem do hospital com muita dependência e evoluem nos quinze dias subsequentes para dependência moderada. Assim, 58,3% são classificados como muito dependentes no momento da alta e 41,7% com dependência moderada. Nenhum idoso foi classificado como independente por essa escala, no momento da alta hospitalar. Após 15 dias da alta hospitalar, 58,3% possuem dependência moderada, e 41,7% muita dependência, e novamente não foi encontrado nenhum idoso com independência.

Quando analisamos as atividades instrumentais, medidas pelo questionário de Lawton, tanto na alta como em quinze dias encontramos dependência. No momento da alta hospitalar 58,3% dos idosos eram dependentes, 33,3% dependentes parciais e 8,3% independente. Após 15 dias da alta, 50% era dependente, 33,3% dependente parcial e 16,7% independente.

Já na adesão medicamentosa manteve-se igual a adesão nos dois períodos analisados. Na alta e após 15 dias a média adesão foi encontrada em 50% dos idosos, 33,3% baixa adesão e 16,7% com alta adesão.

5 RESULTADOS

Os cuidadores foram predominantemente do sexo feminino (66,7%). O grau de escolaridade predominante foi o ensino superior completo (41,7%), seguido por ensino fundamental incompleto (25%) e ensino médio completo (25%), e somente um com fundamental incompleto, representando 8,3% da amostra. A maior parte dos cuidadores eram filhos dos idosos (58,3%). Também foram encontrados amigos assumindo a função de cuidar do idoso pós fratura (16,7%), e outros vínculos familiares, como neto, irmão e sobrinho, cada um representando 8,3%. As classes sociais mais prevalentes foram a B2 (25%) e C1 (33,3%), com alguns nas classes A e B1, ambas com representação de 16,7%.

Por meio das entrevistas no momento da alta hospitalar, foi possível obter as seguintes categorias: Expectativas sobre a adaptação inicial na pós alta, o momento da orientação de alta hospitalar, a rede de suporte social, o acesso à rede de saúde, o momento da alta hospitalar e a presença de outras doenças.

Em cada categoria foram encontrados núcleos de sentido, juntos compuseram os grandes temas (Quadros 1 e 2, Apêndice 7). No primeiro momento, foram elencados o cuidado pós agudo, a alta hospitalar, as redes de apoio, o ser cuidador e as comorbidades dos idosos. Após os 15 dias da alta hospitalar, os temas que se repetiram foram o cuidado pós agudo, as redes de apoio e o ser cuidador, e de novos temas foram as orientações de alta hospitalar, o momento da alta hospitalar e o idoso cuidado.

Na categoria ‘”Expectativas sobre a adaptação inicial no pós alta” os seguintes núcleos de sentido auxiliaram para melhor compreensão: a dificuldade em adaptar o ambiente, impõem a adaptação dos cuidadores; a vivência da terapia motora leva a acreditar que será mais fácil; a expectativa de dificuldade pelo grau de dependência; Expectativa de que haja colaboração por parte do idoso; a sensação de invasão à privacidade do idoso requer reorganização por parte do cuidador; expectativa de que não haja necessidade de mudar toda a rotina do cuidador; e a impossibilidade de o idosos morar sozinho gera preocupação para o cuidador.

Com os núcleos de sentido “Anseio” para aplicar em casa o que aprendeu ainda no hospital; a inclusão de medicamentos e suplementos artificiais são motivos de preocupação para o cuidador; as orientações escritas auxiliam os cuidadores a acessarem as informações sempre que necessário; e a expectativa de que sejam

outras orientações além das que foram feitas, foi composta a categoria “O momento da orientação de alta hospitalar”.

Já para a rede de suporte social, foram encontrados os núcleos: não ser a única pessoa responsável pelo cuidado como facilitador; ter alguém com experiência prévia em cuidar dá mais segurança ao cuidador; a situação de saúde de outros membros da família impacta na divisão dos cuidados; e a presença de vizinhos e amigos são facilitadores na transição do cuidado.

Para compor o acesso à rede de saúde, foram identificados: a esperança de conseguir a fisioterapia; a utilização dos recursos da rede de saúde prévia à fratura são um suporte para a nova situação; a pós fratura como primeiro contato com a rede de serviços de saúde; e o bom acolhimento dos profissionais do sistema público gera satisfação para o cuidador.

As adaptações exigidas pela nova condição física requerem reorganização do cuidador e a restrição alimentar colocada na orientação é um motivo de preocupação para o cuidador, compuseram a categoria “O momento da alta hospitalar”.

A presença de doenças foi ilustrada pela “a internação pela fratura de fêmur como momento de descoberta de outras patologias”.

O “cuidar” como recorrente na vida desse cuidador teve como núcleo de sentido que “ter cuidado previamente de outras pessoas confere segurança ao cuidador desse idoso”.

Após os 15 dias da alta hospitalar, as categorias encontradas foram: a chegada no domicílio, a presença de dor, a aplicação das orientações de alta, a alta hospitalar, o momento do cuidado, o acesso a rede de saúde, a funcionalidade do idoso, as mudanças na vida do cuidador, a rede de suporte social e a experiência de já ter cuidado de outros idosos.

Na categoria, “a chegada no domicílio”, foram encontrados os núcleos de sentido: a chegada em casa na pós fratura é um momento de muita exigência para o cuidador; e a impossibilidade de receber o idoso em casa exige adaptações.

A necessidade de reabordagem cirúrgica gerou sofrimento para a família compôs a categoria presença de dor.

Na aplicação das orientações de alta, os núcleos encontrados foram: o cuidador sente-se ameaçando o idoso; o idoso mostra-se resistente a seguir as orientações e é motivo de preocupação para o cuidador; a ênfase para o andar nas

orientações de alta; a vivência diária do cuidado como oportunidade para o aprendizado; a ausência de informações na orientação de alta dificulta a implementação dos cuidados; ter vivenciado as terapias no ambiente hospitalar pode auxiliar no cuidado; as orientações escritas auxiliam os cuidadores a acessarem as informações sempre que necessário; e a divergência de informações passadas pode dificultar o cuidado.

A falta de programação do momento de alta exige que o cuidador se adapte, a fragmentação das informações impõe ao cuidador que faça solicitações à equipe de saúde compuseram a categoria A, alta hospitalar.

O momento do cuidado foi construído a partir das afirmativas que a oportunização pelo cuidado de momentos de fortalecimento do vínculo; o momento das atividades básicas gera preocupação para o cuidador; a sensação de invasão à privacidade do idoso requer reorganização por parte do cuidador.

No que se refere ao acesso a rede de saúde, emergiram: a expectativa de conseguir a fisioterapia; expectativa de maior frequência na terapia motora; o não fornecimento dos materiais necessários ao cuidado pela rede impõem ao cuidador que providencie; a expectativa de conseguir fraldas na unidade básica de saúde; a utilização dos recursos da rede auxilia o cuidador; e a descontinuidade das informações entre os serviços de saúde gera transtornos ao cuidador.

Na categoria funcionalidade do idoso, foram encontrados os núcleos: a existência de outras condições de saúde prévias impacta no cuidado; a manutenção da mesma dependência física que no ambiente hospitalar; a melhora da dependência pode exigir mais do cuidador; e a melhora da funcionalidade é motivação para o cuidador.

As mudanças na vida do cuidador foram ilustradas por: a nova condição do idoso exige adaptações na rotina do cuidador; quando o idoso não permite ser cuidado pode gerar conflitos com o cuidador; e a sobrecarga do cuidado impacta na saúde do cuidador.

Ter vizinhos que auxiliam nesse processo dá mais segurança ao cuidador; ter que pagar alguém para cuidar do idoso gera sobrecarga financeira à família; o auxílio financeiro de demais familiares proporciona ao idoso acesso a fisioterapia; o suporte de familiares, que trabalham na área da saúde, auxilia na adaptação domiciliar; e ser

o único cuidador impõem adaptações compuseram a categoria Rede de suporte social.

A experiência de já ter cuidado de outros idosos foi obtida a partir dos núcleos: a casa estar adaptada para idosos devido a cuidados anteriores é um facilitador; ter cuidado de outros idosos deixa o cuidador mais seguro; e a presença do idoso pode trazer lembranças de outros idosos que estiveram na casa.

6 DISCUSSÃO

A Fratura de fêmur tem sido um problema de saúde pública podendo levar indivíduos, principalmente idosos, à morte. Um dado encontrado nessa pesquisa é de que 26,7% dos idosos atendidos pela equipe ortogeriátrica deste serviço faleceram nos primeiros 30 dias pós fratura de fêmur, sendo superior ao encontrado num estudo coorte, no qual a mortalidade é de 5 a 10% em 30 dias e cerca de 33% após um ano (ROCHE et al., 2005).

A predominância de mulheres na população idosa é um fenômeno que tem acompanhado o processo de envelhecimento. Somente três investigados eram homens. Dentre as hipóteses para isso, a concebida por Camarano, Kanso e Fernandes é de que mais de 90% dos casos de mortes violentas “assassinatos e acidentes” ocorridas no Brasil são de pessoas do sexo masculino (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2016).

Sobre a instrução dos participantes, o grau de escolaridade dos idosos foi predominantemente baixo, reforçando que saúde e educação devem seguir lado a lado, com vistas a prevenção de doenças, por meio do incremento da qualidade de vida e da autonomia (VASCONCELOS; GOMES, 2012). O nível de escolaridade de uma população é um indicador importante das suas condições de vida e afeta tanto as condições de saúde quanto a participação na sociedade e os rendimentos percebidos (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2016).

Observamos aqui que os cuidadores tinham maior grau de escolaridade que os idosos, mais da metade com ensino médio completo, e alguns com ensino superior. Na pesquisa de Araujo et al. (2013), cuidadores com escolaridade alta foram afetados pelos mesmos problemas de cuidadores com nível de escolaridade mais baixa. Porém, sabe-se que a escolaridade pode influenciar na qualidade da assistência prestada ao idoso, devido às orientações abordarem distintos assuntos, como seguir dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens, além da valorização e conscientização sobre a importância da reabilitação.

A mulher como responsável pelo cuidado é fruto de uma construção histórica, e nesse estudo as cuidadoras assumiram diversos papéis, além do cuidado integral, como encontrado na pesquisa realizada com 31 cuidadores no Nordeste Brasileiro (ARAUJO et al., 2013). Ademais, a informalidade do cuidado, também vista em nossos resultados, é corroborada com outros estudos. Carneiro e França (2011) apontam que, no Brasil, 1/3 dos idosos (33,2%) reside com seus cônjuges, quase a metade

(44,6%) mora com os filhos, outros tantos (21,2%) residem com parentes e 1% mora com não parentes, de onde surge o cuidador familiar.

Em relação à classe social, apesar de isoladamente não conferir a real situação que o idoso pode estar vivenciando, estudos sobre a condição financeira de idosos relacionam o poder aquisitivo à melhor qualidade de vida, por afetar o acesso a bens e serviços, por exemplo, alimentação de qualidade e lazer (IRIGARAY; TRENTINI, 2009; TAHAN; CARVALHO, 2010). Em diversos momentos a ausência do dinheiro foi colocada como um impedimento ao acesso à reabilitação: IDOSA 7: “não tenho ninguém... não recebo aposentadoria [...] vou fazer consórcio, rifa... para ir ajudando”. Dado encontrado também em uma pesquisa com 30 idosos de uma academia carioca de saúde, que encontrou em seus resultados que o dinheiro permite alimentação de qualidade e prática de atividades de lazer que, por sua vez, se relacionam aos aspectos de satisfação social e afetam as atitudes em relação ao cumprimento de prescrições dos profissionais de saúde para compra e consumo de alimentos que requerem condições econômicas mais favoráveis (FERREIRA et al., 2017).

A funcionalidade das voluntárias vista nesse estudo corrobora com dados encontrados em um estudo de revisão o qual mostrou que após 6 meses da fratura, somente 40 a 70% recuperam a independência para atividades de vida diária (DYER et al., 2016).

Embora não haja uma intervenção padrão-ouro para melhorar a mobilidade após a fratura de fêmur, exercícios estruturados com progressão de intensidade foram elencados como eficazes (HANDOLL; SHERRINGTON; MARK, 2011; SHERRINGTON; TIEDMANN; CAMERON, 2011), e por meio das entrevistas foi possível compreender que quase a totalidade dos idosos não conseguiu realizar atividade física supervisionada e prescrita por profissionais, fossem por barreiras econômicas ou sociais.

O envolvimento dos cuidadores no plano de cuidado é imprescindível para o sucesso da reabilitação. No entanto, observou-se que a maior parte deles não foi inserida no planejamento:

> Cuidadora 8: "*Eu acho que poderia ter um pouquinho mais de detalhe... Porque, por exemplo, minha mãe, se eu não tô perto, ela fica, completamente, perdida. Ela não sabe o que tem que fazer [...]_ ela tava no mesmo dia e não explicaram para ela*".

Jeffs et al. realizaram estudo qualitativo com os cuidadores de pacientes ortopédicos, e relataram que os mesmos não foram ativamente envolvidos por profissionais de saúde durante o planejamento da assistência, além de não receberem apoio adequado na pós alta (JEFFS et al., 2017).

Tanto o cuidador deve estar integrado a esse processo quanto o próprio paciente, o qual precisa ser o centro desse planejamento. Tal contexto ilustra uma prática frequente nos cenários de transição de cuidado, em que no momento da alta hospitalar muitas informações são fornecidas simultaneamente, dificultando a apropriação do conteúdo. Coleman ressalta que essa população é particularmente vulnerável a experimentar má qualidade de atendimento e problemas de fragmentação de cuidados, sobretudo com uma comunicação ineficiente (COLEMAN, 2003).

Sobre a transição do cuidado, as questões do sistema de saúde desafiam o compartilhamento de informações e continuidade do cuidado, como encontrado em outro estudo realizado com cuidadores e membros da equipe de saúde, com idosos pós fratura de fêmur, no Canadá (GLENNY, 2013). Os autores afirmam que os profissionais de saúde estavam dispostos a compartilhar informações com cuidadores familiares; no entanto, devido às suas outras responsabilidades – especialmente documentação - eles não tiveram tempo de falar com eles. Tal dado foi encontrado também nas entrevistas deste estudo:

> Cuidadora 8: *"Não sabia o que fazer, pra trazer ele pra casa. Não tinha orientação nenhuma. E...(suspiro) aí eu ia na igreja pra ver se eu encontrava...na igreja, eles doavam cadeira, né? Eu não tinha dinheiro pra comprar, no momento, não tinha, né [...]. E...aí, ele [o médico] falou: "não, só segunda-feira que ele vai ter alta". De repente, ligou aqui, no domingo [...] a gente não tava preparada pra isso, né? [informando que o paciente estava de alta].*

Ainda neste contexto, pesquisa realizada na Noruega, com o objetivo de analisar a qualidade da transição do cuidado do idoso, do âmbito hospitalar para domiciliar, ressaltou que a transição foi prejudicada pela falta de troca sistemática de informações entre os serviços de saúde e parentes próximos (STORM, 2014). No Brasil, o Sistema Único de Saúde tem em suas diretrizes a referência e contra referência, porém uma das entrevistadas relatou não haver continuidade da assistência:

> CUIDADORA 8: *"É super complicado pra passar por toda...ah, ninguém sabe onde passa, com quem fala, ah....A primeira vez que eu fui com ele, ah, tava agendado é..."início de atendimento a partir das 7h". Chegamos lá 8h, aí não podiam atender porque os médicos já tinham ido embora. Eu falei: "Mas, tá marcado aqui.." Aí, tinham falado pra minha mãe que era pra ir num outro portão, porque ele ia tá lá, não sei o que...ia passar direto lá, que ele só ia ver o...a coisinha, e liberar, a ferida cirúrgica."*

A fragmentação da continuidade do cuidado é também algo a ser ponderado. Esta pode resultar em confusão das orientações de tratamento para o paciente, com uma forte probabilidade de erros e duplicações, acompanhamento inadequado, bem como falta de preparação e informação para o usuário e prestadores de cuidados informais (FERREIRA et al., 2019).Deve-se notar que o acompanhamento pela atenção primária inclui a possibilidade de monitorizar pacientes com menor risco de não adesão, mas sempre complementado por check-ups regulares pela equipe multiprofissional (PEREIRA et al., 2016).

No artigo 16 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) é garantido durante internações hospitalares a presença do acompanhante, diferindo-o de cuidador. No momento da alta hospitalar, parece que a equipe de saúde não identificou essa diferença, tendo repercussões na continuidade dos cuidados prestados:

> Cuidadora 6: "*Não, ela tava no mesmo dia [a mãe] e não explicaram para ela... Pra passar orientação, nos retornos, eles não falam muita coisa. Eu percebo que, toda vez que eu vou, que eles sabem que sou eu, aí eles explicam*".

Em relação a adesão medicamentosa, esta faz parte da reabilitação. Após a fratura comumente são inseridos medicamentos que a pessoa não utilizava anteriormente. O regime de medicação com múltiplos tempos de administração é oneroso para os idosos e cuidadores, além dos efeitos adversos e erros de autoadministração, evidenciado no presente estudo que os idosos não sabem as medicações que fazem uso, bem como seus horários, trazendo riscos. Um protocolo clínico na Austrália foi montado para auxiliar a compreensão sobre as possibilidades de minimização desses fatores, e obtiveram que a simplificação do regime terapêutico, com a utilização de como a combinação de fórmulas para diminuição da quantidade de comprimidos e a oferta da maior quantidade possível no mesmo horário, melhoraram a adesão aos medicamentos (SLUGGETT et al., 2018).

Para garantir a reabilitação dos idosos pós fratura, a interlocução com as ciências sociais e econômicas deve ser permanente, como forma de manter modelos assistenciais mais eficientes, resolutivos, de qualidade superior e custos mais baixos, que possibilitem a redução de riscos (MORAES, 2012). Neste contexto, verificou-se que somente um idoso teve acesso a Políticas Pública de acompanhamento ao idoso, e que nenhum deles conseguiu adquirir fraldas geriátricas de forma gratuita, além de dispositivos de auxílio de marcha.

Outro fator de suma importância no contexto deste estudo é a liberdade de movimento e ambiente seguro. A acessibilidade aos espaços proporciona a liberdade de movimento, ação e escolha e afeta as experiências de convivência. As residências de todos os idosos, não estavam adaptadas à restrição de mobilidade ou piora da funcionalidade:

> CUIDADOR 5: *"... tenho medo dela ficar andando [...] e querer subir escada*".

O estudo de Van Steenwinkel et al., realizado em 2017 com idosos e cuidadores de um residencial, sugere que aumentar a liberdade de movimento, criando um ambiente seguro e acessível, é mais agradável e fácil para os idosos e cuidadores.

Algumas famílias, após o evento, modificam a casa para atender às necessidades, idosos passam a usar andador ou bengala, alguns desaceleram seu ritmo de caminhada e outros mudam seu estilo de andar (LI H-J, SHYU Y-IL, 2007), como revelado:

> CUIDADORA 6*: "A minha casa é meio adaptada a velho, a essas coisas. Então, não foi, nessa parte, não foi difícil, porque, assim, foi empurrar um pouco mais a cômoda pra lá, tapete eu já não tenho na casa toda"*

Apesar dos cuidados com o desenho experimental desse estudo, vale ressaltar que não foram incluídas as diferentes abordagens cirúrgicas no tratamento das fraturas de fêmur, as quais poderiam interferir na funcionalidade. A dificuldade em determinar o cuidador, por parte dos profissionais, no momento da alta, também pode ter influenciado na percepção desses com relação à transição do cuidado, condições estas que podem ter sido fatores limitantes nesse estudo.

7 CONCLUSÃO

Ficou constatada a existência de diferenças na transição do cuidado, em que as principais dificuldades estavam relacionadas aos seguintes fatores: o acesso à rede de saúde e como conseguir fisioterapia e inserção em um programa de reabilitação. Quanto às facilidades relatadas, apontam-se: ter cuidado, previamente, de algum idoso e possuir residência adaptada às restrições físicas impostas pela pós fratura, nesse período inicial.

Alguns cuidadores mostraram satisfação com as orientações de alta, porém foram encontrados problemas como a fragmentação das informações e a descontinuidade do cuidado, demonstrando a importância de uma melhor prática na Alta Hospitalar, por parte de todos os profissionais envolvidos no perioperatório, assim como uma melhor aplicação do conhecimento para a realidade do idoso que sofre fratura de fêmur. Como mencionado nessa pesquisa, o idoso fraturado, em geral, é alguém independente para as atividades básicas e instrumentais, que não possui um cuidador e, sim, um acompanhante no momento da internação. Existe a necessidade de toda uma mudança na dinâmica familiar até que a funcionalidade seja recuperada, o que às vezes não ocorre. Por essa razão, a baixa reabilitação pós fratura, no que se refere às atividades de vida diária, demonstra a necessidade de que outros estudos sejam realizados voltados para esse evento e para os seus atores.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, J.S. et al. Perfil dos cuidadores e dificuldades enfrentadas**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro**, v.16, n.1, p.149-158, 2013.

ASIF, M. et al. Patient and caregiver experiences on care transitions for adults with a hip fracture: a scoping review. **Disability and Rehabilitation**. 2019. Doi: 10.1080/09638288.2019.1595181

BIERHALS, C. C. B. K. et al. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 25, p.e2870, 2017.

BIZ, M.C.P.; MAIA J.A. Educação permanente e atenção à saúde de idosos. **Revista Kairós**, São Paulo, v.10, n.2, pp. 123-134, dez. 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto n. 1.498, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, seção I, ano 134, n. 128. 4 jul. 1996.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE. 2015

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** (LDB) – Lei 9.394, de 1996.

BRASIL. **Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de jan.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS**. DATASUS. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** - IBGE. Brasília, [2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. PORTARIA CONJUNTA Nº 21, DE 24 de SETEMBRO DE 2018. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/01/Portaria-Conjunta-n21-Diretrizes-Brasileiras-para-o-Tratamento-de-Fratura-do-Colo-do-Femur-em-Idosos.pdf. Acesso em 04.09.2019.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência**. 2011.

CAMARANO, A.A., KANSO, S. FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: Alcântara, A. O., Camarano, A. A., & Giacomin, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**, Rio de Janeiro: Ipea.2016

CARNEIRO, V. L.; FRANÇA, L. H. F. P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 647-662, 2011.

COLEMAN, E.A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.52, p.1817-1825, 2004.

CROTTY, M., WHITEHEAD, C., MILLER, M., GRAY, S. Patient and caregiver outcomes 12 months after home-based therapy for hip fracture: a randomized controlled trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.84, n.8, p.1237-9, 2003.

DYER, S.M. et al. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. **BMC Geriatrics.** v. 16, p.158, 2016.

FERREIRA E.M. al. Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n.1, p.156-62, 2019.

FERREIRA, M.C.G. et al. Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida, **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2017 jul-ago;70(4):840-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0806.pdf]

FIRMINO, R. et al. Educação Popular e promoção da saúde do idoso: Reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupo de idosos em João Pessoa-PB. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4 p. 523-530, out/dez 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 31ª. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996

FUHRMANN, A.C.; BIERHALS, C.C.B.K.; SANTOS, N.O.; PASKULIN, L.M.G. Association between the functional capacity of dependent elderly people and the burden of family caregivers. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, n.1, p.14-20, 2015.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resumo Executivo. **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio**. New York, 2012.

GARÇÃO, F.S. **Planeamento da alta hospitalar: impacto nos indicadores de desempenho hospitalar** [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2013.

GLENNY C. et al. Communicating during care transitions for older hip fracture patients: family caregiver and health care provider's perspectives. **International Journal of Integrated Care**. v.13, p.1-13, 2013;

GONÇALVES, L.H.T.; COSTA, M.A.M.; MARTINS, M.M.; NASSAR, S.M.; ZUNINO, R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.3, p.458-66, 2011.

GRIFFITHS, R.; ALPER, J.; BECKINGSALE, A.; GOLDHILL, D.; HEYBURN, G. et al. Management of proximal femoral fractures 2011 **Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland**. Anaesthesia. v. 67, p.85–98, 2012.

HANDOLL, H.H.; SHERRINGTON, C.; MAK, J.C. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. **Cochrane Database Syst Rev**. 2011: CD001704.

HERSHKOVITZ ,A.; KALANDARIOV, Z; HERMUSH, V; WEISS, R; BRILL, S. Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v.88, n.7, p.916-21, 2007.

IBGE. **Censo demográfico 2010: famílias e domicílios (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/. Acesso em: 13 maio 18.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/ Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores _Sociais_2012/SIS_2012>.pdf. Acesso em: 12 maio 18.

IRIGARAY, T.Q.; TRENTINI, C.M. Quality of life in elderly women: the importance of the subjective dimension. **Estudos de Psicologia** [Internet]. 2009. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03.pdf.

JEFFS, L. et al. The role of caregivers in interfacility care transitions: a qualitative study**. Patient Prefer Adherence**. v.11, p.1443-1450, 2017.

KATES, S.L.; MEARS, S.C. A Guide to improving the care of patients with fragility fractures. **Geriatric Orthopaedic Surgery & Reabilitation**. v.2, n.1, p.5-37, 2011.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological ans psychosocial function. **JAMA**. v.185, n.12, p.914-9, 1963.

KAUFFMAN, T.L. O indivíduo como um todo. **Manual de Reabilitação Geriátrica.**Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LATHAM, N.K., HARRIS B.A., BEAN J.F. HEEREN T. GOODYEAR C., ZAWACKI S., et al. Effect of a home-based exercise program on functional recovery following rehabilitation after hip fracture: a randomized clinical trial. **JAMA**. v.311, p.700–8, 2014.

LAWTON, M.P., BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontology.** v**.**9, p.179-86,1969.

LEBRÃO, M.L. et al. Saúde, bem- estar e envelhecimento: estudo SABE no município de São Paulo, **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.8, n.2, p.127-41, 2005.

LEMOS N.F.D.; MEDEIROS S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas, EVF,Py, L, Cançado, FAX, Doll, J, Gorzoni, ML. (organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011. p.1441-48.

LI, H-J.; SHYU, Y-IL. Coping processes of Taiwanese families during the post- -discharge period for an elderly family member with hip fracture. **Nursing Science Quarterly**. v.20, n.3, p.273-9, 2007.

LIN, P-C. et al. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the post-discharge transition period. **JNR The Journal of Nursing Research**. v.14, n.4, p.436-43, 2006.

LOUIE, S.; W-S; POON, M-Y.; YU S-Y.; CHAN, W-L.; AU, K-M.; WONG, K-M. Effectiveness of a patient/carer in an empowerment programme for people with hip fractures. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**. v.19, n.12, p:673-81, 2012.

MAESHIRO F.L. et al. Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. **Acta Paul Enferm**. v.26, n.4, p.389-94, 2013.

MARMOT, M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. **Lancet.** v.370, n.9593, p.1153-63, 2007.

MCDONALD, S. et al. Preoperative education for hip or knee replacement. **Cochrane Database Syst Rev** [Internet]. 2014. Disponível em: doi:10.1002/14651858.CD003526.pub3

MENDELSON, D.A.; FRIEDMAN, S.M. Principles of comanagement and the geriatric fracture center. **Clinics in Geriatric Medicine**. v.30, n.2, p.183-9, 2014.

MINAYO, M. C.S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. (Org.)**. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de. Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v.19, n.3, p.507-519, 2016.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2012.

MORISKY, D.E. et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure os medication adherence. **Medical Care**. v.24, n.1, p.67-74, 1986.

NAHM, E,S.; RESNICK, B.; ORWIG, D, MAGAZINER J, DEGREZIA M. Exploration of informal caregiving following hip fracture. **Geriatric Nursing**. v.31, n.4, p.254-62, 2010.

NAHM, E.S.; RESNICK, B.; ORWIG, D.; MAGAZINER, J.; BELLANTONI, M.; STERLING, R. et al. A theory-based online hip fracture resource center for caregivers. **Nursing Research**.v.61, n.6, p.413-22, 2012.

PASCHOAL, S.M.P**. Epidemiologia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 1996. p. 26-43

PEREIRA S.K., et al. Discharge planning in post-operative of elderly: multiple cases study. **Revista Fund Care Online** [Internet]. v.8, n.4, p.4949-55, 2016;. Disponível em: https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955

PERES, M.A.C. Velhice, educação e exclusão: a educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos. **Verinotio.** n 11. Ano VI, abr./2010.

PORTER, M.E., TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos.** Porto Alegre: Bookman; 2007.

RAVAGNI, L.A. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: Cuidar Melhor e Evitar a Violência **- Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. p.53

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. v.8, n.1, p.45-52, 2001.

ROCHA, S.A.; AVILA, M.A.G.; BOCCHI ,S.C.M. Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.37, n.1, p.e1069, mar, 2016.

ROCHE, J.J.W.; WENN, R.T., SAHOTA O.; MORAN, C.G. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. **BMJ British Medical Journal**. v.331, n. 7529, p.1374, 2005.

SCHILLING, P.; GOULET, J.A.; DOUGHERTY, P.J. Do higher hospital-wide nurse staffing levels reduce in-hospital mortality in elderly patients with hip fractures. **Clinical Orthopaedics and Related Research**. v.469, n.10, p.2932-40, 2011. Disponível em: doi:10.1007/s11999-011-1917-8

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SHERRINGTON, C.; TIEDEMANN, A.; CAMERON, I. Physical exercise after hip fracture: an evidence overview. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**. v.47, p.297–307, 2011.

SHYU, Y-IL.; CHEN, M-C.; LIANG, J.; TSENG M-Y. Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. J Adv Nurs. v.68, n.3, p.658-66, 2012.

SIQUEIRA, F.V. et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide AnalysisPrevalência. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1819-1826, set, 2011.

SLUGGETT JK et al. Simplification of Medications Prescribed to Long-tErm care Residents (SIMPLER): study protocol for a cluster randomised controlled trial. **Trials. v.**19, n.1, p.37, 2018.

SOARES, D.S. et al. Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: análise espaço-temporal de 2008 a 2012. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.30, n.12, p.2669-2678, dez, 2014.

STORM, M. et al. Quality in transitional care of the elderly: key challenges and relevant improvement measures. **International Journal of Integrated Care**. v.14, p.e013, 2014. Disponível em: doi:10.5334/ijic.1194

TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade** [Internet]. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014

TAYLOR, N.F.; BARELLI, C.; HARDING, K.E. Community ambulation before and after hip fracture: a qualitative analysis. **Disability and rehabilitation**. v.32, n.15, p.1211-90, 2010.

TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Cuidado Compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.4, p.750-8, Out-Dez,2009.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VAN STEENWINKEL, I et al. How architectural design affords experiences of freedom in residential care for older people. **Journal of Aging Studies** v.41, p.84–92, 2017.

VASCONCELOS, A.M.N., GOMES MMF. Transição Demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.4, p. 539-548, 2012.

VIEIRA, C.P.B.; FIALHO, A.V.M.; FREITAS, C.H.A.; JORGE, M.S.B. Practices of the elderly’s informal caregiver at home. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.64, n.3, p.570-9, 2011.

ANEXO

Anexo 1

Questionário Socioeconômico ABEP

Itens de conforto	Quantidade que possui				
	Não possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

Variáveis

Quantidade	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	8	11
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava Roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo/ Médio incompleto	2
Médio completo/ Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Os limites de classificação são definidos por:

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária no estudo "**A transição do cuidado hospitalar para domiciliar na perspectiva do cuidador do idoso pós fratura de fêmur**" que será desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp - Campus São Paulo) e que visa compreender o processo de adaptação domiciliar de idosos com fratura de fêmur, na perspectiva de seus cuidadores após as orientações de alta hospitalar.

Este termo está em 2 vias originais, na qual uma ficará sob sua posse, rubricadas pela pesquisadora e por você como voluntário.

Você será orientado presencialmente no momento da alta hospitalar, onde contribuirá falando sobre as informações recebidas. A pesquisadora solicitará autorização para ir até a sua casa após 15 dias da alta. Essas visitas no domicílio serão agendadas, de acordo com sua disponibilidade. Você será informado previamente por anotações/lembretes e contato telefônico.

As entrevistas serão compostas em 2 etapas. Em um primeiro momento, serão realizadas aplicações de questionários e entrevista no ambiente hospitalar. A entrevista visa registrar informações importantes sobre a sua percepção sobre a adaptação domiciliar pós fratura.

Na segunda etapa, após acordo prévio, iremos realizar a entrevista no domicílio, transcorrido os 15 dias iniciais após a alta hospitalar.

Riscos e desconfortos: A aplicação de questionário e entrevista não se trata de uma metodologia invasiva, não oferecendo risco de lesões físicas. Pode haver, no entanto, desconforto em abordar questões da dinâmica familiar. Sinta-se a vontade para interromper caso não queira aprofundar sobre determinado assunto.

Garantias: As entrevistas deste estudo serão realizadas por profissional da área da saúde previamente treinada. Não há benefício direto ao participante a não ser pela devolutiva das entrevistas e questionários, pois se trata de uma pesquisa para compreender a transição do cuidado na perspectiva cuidadores de idosos que sofreram fratura de fêmur, durante a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar. Os resultados possibilitarão o melhor conhecimento acerca dessa realidade no âmbito da saúde.

Em qualquer momento do estudo o avaliado pode ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou mesmo para retirar o consentimento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. A pesquisadora é a Aline Tavares Domingos que pode ser encontrada na Rua Prof. Francisco de Castro, 105- Vila Clementino, São Paulo/SP; telefone (11) 5575-4848, e-mail aline.domingos@ymail.com. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – endereço: Rua Prof.Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050. O E-mail é: CEP@unifesp.edu.br , FAX: 5539-7162.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação dos participantes. O avaliado também terá direito de ser informado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa. Garantimos o uso dos dados da pesquisa para fins exclusivamente acadêmicos. Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante.

Não há despesas pessoais para o avaliado em qualquer fase do estudo, incluindo exames ou consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento/responsável pela pesquisa.

Consentimento: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **"A transição do**

cuidado hospitalar para domiciliar na perspectiva do idoso e seu cuidador pós fratura de fêmur".

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta pesquisa.

_____

Nome do participante

_____

Assinatura do participante Data ___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

_____

Nome do responsável pelo estudo

_____

Assinatura do responsável Data / /

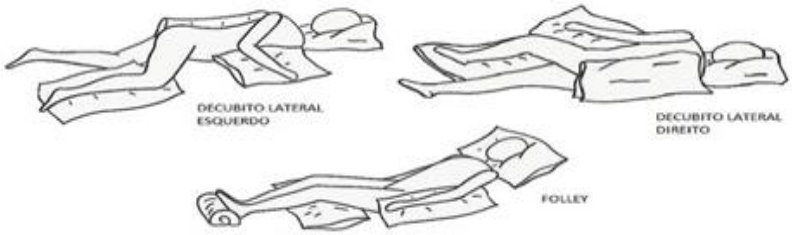
Apêndice 2

Instrumento de Orientação de Alta

Plano de Cuidados

Nome:

ALIMENTAÇÃO	– Estimular a ingestão de água com frequência. – Realizar refeições apenas quando estiver sentado (NUNCA DEITADO). – Seguir orientações sobre a alimentação entregue pela nutricionista na folha anexa.
HIGIENE PESSOAL	– Auxiliar higiene bucal com pasta de dente, sempre após as refeições. Caso não seja possível a locomoção até a pia, utilizar um copo com água, apenas o necessário para bochechar e outro para descarte da água suja, que pode ser utilizado em qualquer lugar. – Hidratar a pele com creme de sua preferência após o banho (dê preferência aos hidratantes sem álcool) e pelo menos, outras 2 vezes ao dia. – Manter as unhas dos pés e das mãos aparadas e higienizadas.
BANHO	– Retirar objetivos que possam causar acidentes do banheiro, sempre deixá-lo seco. – A temperatura da água deverá ser agradável. Recomenda-se utilizar água e sabão neutro para reduzir o ressecamento e a irritação da pele. Escolha esponjas e toalhas que tenham consistência macia. – Antes de iniciar o banho, separe tudo que será utilizado (toalha, sabonete, xampu, escova de dente, creme hidratante, etc.), evitando deixá-lo sozinho no banheiro. – Auxilie no banho, que deve ser dado utilizando cadeira comum com encosto, no sentido da cabeça para os pés e por último a região íntima, com supervisão constante, evitando que o paciente sofra acidentes. – O paciente, de acordo com suas possibilidades, deverá ser estimulado a ajudar no banho, como por exemplo: ensaboar e secar as partes do corpo que consegue.
VESTIR/CALÇAR	– Estimular que vista-se sozinho, dentro de suas possibilidades, e auxilie caso necessário. – Dê preferência a roupas confortáveis e de fácil manuseio.
TRANSFERÊNCIAS/ LOCOMOÇÃO	– Realizar transferências conforme orientações; – O paciente deve sempre ajudar no rolar/sentar/ transferência, de forma que tanto o cuidador quanto o paciente dividam as forças – Estimular a realizar exercícios, conforme orientação da Fisioterapia na folha anexa.

PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO	– Mantenha a pele do paciente sempre limpa, seca e hidratada (conforme orientação no item “higiene pessoal”). – Observar a pele do paciente, atenção para vermelhidão em regiões de proeminências ósseas, lesões, ou outras alterações na pele. – NUNCA permanecer na mesma postura em períodos superiores a 2h. Realizar mudança de decúbito (posição), a cada 2h, posicionando-o de barriga para cima, em seguida, lateralizado para a direita e depois, lateralizado para a esquerda. – Utilizar travesseiros ou almofadas para diminuir o atrito na pele e diminuir a pressão em regiões de proeminências ósseas, como demonstrado na imagem:  –
PREVENÇÃO DE QUEDAS	– Para prevenir quedas e acidentes, recomenda-se, supervisionar e sempre o acompanhar, principalmente quando estiver no banheiro. – Atenção com pisos encerados ou escorregadios. – Retire os tapetes das regiões de circulação.
ADAPTAÇÕES DOMICILIARES	– Assim que possível, realizar adaptações no ambiente domiciliar: a) Dê preferência por uma casa com pouca mobília, e com móveis de cantos arredondados; b) Instalar barras de apoio laterais, principalmente em banheiro e corrimãos de escadas; c) Evite o banho em box de vidro; d) Interruptores devem estar próximo à cama.
SERVIÇO SOCIAL / CONTRA REFERÊNCIA	– Comparecer à UBS _____, com os documentos pessoais, cartão do posto, cartão SUS, encaminhamento médico para solicitar acompanhamento. – Se necessário, a UBS fornecerá material para curativo. – Contato realizado com a UBS (_____ - Enfermeira) UBS_____ R. _____ Telefone:_____ Funcionamento: Segunda a Sexta-feira: das 7h às 19h.

Apêndice 3

Entrevista Semiestruturada - Cuidador

Data: ___/___/___

Nome: _____Sexo: _____ Idade: _____

Grau de Escolaridade: _____

Vínculo com o idoso: _____

Perguntas Norteadoras após a orientação de alta, no ambiente hospitalar:

1. Em relação às orientações, o senhor (a) tem alguma dúvida?
2. Como pensa que será o cotidiano após a fratura, em na casa desse idoso?
3. Sobre as informações passadas, o que poderia dizer?

Perguntas Norteadoras após 3 semanas da alta hospitalar (ou após retorno ambulatorial)

1. Como foi a chegada desse idoso em casa após a fratura?
2. Sobre as orientações feitas ainda no ambiente hospitalar, estando na residência do idoso, o que poderia dizer?

Perguntas Norteadoras após 4 meses da alta hospitalar

1. Após 4 meses da sua alta hospitalar, o que o senhor (a) tem a dizer sobre o cotidiano desse idoso?
2. Após 4 meses, qual sua opinião sobre aquelas orientações da ata hospitalar?

Apêndice 4

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)				
7- Independência Completa (em segurança, em tempo normal) 6- Independência Modificada (ajuda técnica de dispositivo)			Sem ajuda	
DEPENDÊNCIA MODIFICADA 5- Supervisão (presença física de outra pessoa) 4- Dependência Mínima (indivíduo faz 75% do trabalho) 3- Dependência Moderada (indivíduo faz 50 % do trabalho) 2- Dependência Máxima (indivíduo faz 25 % do trabalho) 1- Dependência Total (indivíduo faz 0% do trabalho)			Com ajuda	
Avaliação	Admissão	Alta	15 dias	4 meses
A - AUTO CUIDADOS				
A1 – Alimentação				
A2 – Higiene Pessoal				
A3 – Banho				
A4 – Vestir-se acima da cintura				
A5 – Vestir-se abaixo da cintura				
A6 – Uso do vaso sanitário				
B – CONTROLE DE ESFÍNCTERES				
B1 – Controle de Urina				
B2 – Controle de Fezes				
C - MOBILIDADE				
Transferências				
C1 – Leito, cadeira, cadeira de rodas				
C2 – Vaso Sanitário				
C3 – Banheira ou Chuveiro				
D - LOCOMOÇÃO				
D1 – Marcha / - Cadeira de rodas				
D2 – Escadas				
E - COMUNICAÇÃO				
E1 – Compreensão - Auditiva / - Visual				
E2 – Expressão - Verbal / - Não verbal				
F – COGNIÇÃO SOCIAL				
F1 – Interação Social				
F2 – Resolução de problemas				
F3 – Memória				
TOTAL				

Apêndice 5

Escala / Índice de Katz para atividade de vida diária (AVD)

BANHO	I A D	TRANSFERENCIA	I A D
VESTUÁRIO	I A D	CONTINÊNCIA	I A D
SANITÁRIO	I A D	ALIMENTAÇÃO	I A D

I= independente. A=auxílio. D = dependente. I= 1 ponto. A= 0,5 ponto. D= 0 ponto.

TOTAL:___/ 6 pontos. Grau de dependência _____

Escala de atividades instrumentais da vida diária (AVDI) – Lawton & Brody

HABILIDADE PARA USAR O TELEFONE		COMPRAS	
PREPARO DE ALIMENTOS		TAREFAS DOMESTICAS	
LAVANDERIA		TRANSPORTE	
MEDICAÇÃO		FINANÇAS	

TOTAL:_____ /8 PONTOS

Apêndice 6

ESCALA DE MORINSKY

Algumas vez você se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença	Sim (0)	Não (1)
Alguma vez você foi descuidado com horários de tomar os medicamentos	Sim (0)	Não (1)
Algumas vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor	Sim (0)	Não (1)
Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por iniciativa própria, após ter se sentido pior	Sim (0)	Não (1)
Na ocorrência de pelo menos uma resposta sim, aplicar as duas questões seguintes	Sim (0)	Não (1)
Você foi informado sobre a importância e benefício de usar o medicamento		Sim/Não
Você se esqueceu de repor os medicamentos antes que terminem	Sim/Não	

Escore	0 a 1 = Baixa Adesão	2 a 3 = Média Adesão	4 = Alta adesão

Apêndice 7

Quadro 1. Categorias e Núcleos de sentidos de Cuidadores de Idosos com Fratura de fêmur no momento da alta hospitalar.

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
Expectativas sobre a adaptação inicial na pós alta	CUIDADORA 1: “Difícil. Meus pais hoje moram num apartamento mega pequeno com o meu irmão, ele não é adaptado e nós não vamos adaptar, nós vamos nos adaptar à situação deles o que vai ser ainda não sei, só vivendo pra saber.”	A dificuldade em adaptar o ambiente, impõem a adaptação dos cuidadores	O cuidado pós agudo
	CUIDADOR 5: [...] “eu vou pôr essa cama de solteiro embaixo na sala, para fica mais confortável, com televisão né? Ela está próximo da cozinha, com todas as coisas para ela, e tem um banheiro também na área térrea.”		
	CUIDADORA 6: “Olha no começo é cansado a adaptação de tudo né? Porque é cadeira de banho, é a cadeira de não sei o que. É tudo. Tem que mudar uma série de coisa, eu tenho que sair do meu quarto dormir com ela então ...”		
	CUIDADORA 1: “Que aparentemente não vai ser tão difícil assim pelo que eu vi a fisioterapeuta fazendo com ela aqui”	A vivência da terapia motora leva a acreditar que será mais fácil	
	CUIDADORA 1: “espero que daqui um tempo ela esteja andando mesmo que de andador devagar, que ela fique em pé, porque minha mãe sem caminhar vai ser uma tristeza.”	Expectativa de dificuldade pelo grau de dependência	
	CUIDADORA 4: “no começo acho que vai ser um pouquinho difícil, porque a gente vai ter que se adaptar né? com uma série de coisas. Todos os cuidados que está tendo de cama...”		
	CUIDADORA 12: “Eu acho que ela tem que...andar pouco, não muito, com o andador e tem que ter o maior cuidado, durante o andar, pra prótese não sair do lugar.”		
	CUIDADORA 3: “Agora vai depender um pouco dela também, porque ela pela idade, ela não tem muita paciência para algumas coisas [...].”	Expectativa de que haja colaboração por parte do idoso	
	CUIDADORA 3: “Mas assim é muita paciência porque eu sou a que mais tem paciência com a minha avó, entendeu. Porque numa hora dessa assim tem muita gente se afasta dela porque ela acaba pegando pesado mesmo.”		
	CUIDADORA 4: “...então a gente sabe que vai ter um pouquinho de resistência dela, e a gente também tem que ter muita paciência, então eu acho que vai ser uma fase de adaptação.”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADOR 5: “Os dois vão aprender a conviver com essa nova fase, entendeu? Antes, eu já tava cozinhando, lavando, enfim, fazendo as coisas em casa, ela tinha uma certa resistência, porque tava se sentindo cada vez menos útil em casa, né?”		
	CUIDADORA 8: “[...] ele conseguiu isso [a fratura], porque ele não para quieto. É...ele é bem difícil de deixar as pessoas cuidarem dele, ele não gosta disso, tanto que foi difícil manter ele aqui no hospital. Agora, depois da cirurgia que ele tá mais obediente porque agora não tem mais jeito.”		
	CUIDADOR 9: “... a maior dificuldade vai ser a própria dona E., porque...ela... Ela é...é...teimosa e...algumas coisas ela não vai aceitar, porque ela quer fazer do jeito dela [...] Por exemplo, ela...ela vai exigir que a gente faça certos tipos de alimento que ela quer e vai ter que alterar toda a cozinha da casa, né? Fora aquele: ‘Hoje, eu não quero andar’. E não vai andar nem que você arrastar ela.”		
	CUIDADOR 5: [em relação à maior dificuldade] “É quanto ao vaso sanitário. Porque eu vou estar invadindo uma coisa que era… e ela vai se sentir invadida e eu vou também ficar constrangido em invadir. Eu vou ver agora com o pessoal que pode. Em frente de casa tem uma senhora que é enfermeira aposentada, então acho que ela vai poder me ajudar nesse momento de intimidade dela, de banho, enfim...”	A sensação de invasão à privacidade do idoso requer reorganização por parte do cuidador	
	CUIDADORA 7: “Como é que vai ser? Bom, como é que vai ser, só Deus sabe, né? (risos) Mas, da minha parte, esp...espero, assim, não ter que mudar muito a minha vida. Sim, eu continuarei a minha rotina, porque ela é bastante consciente e...com muita força de vontade.”	Expectativa de que não haja necessidade de mudar toda a rotina do cuidador	
	CUIDADORA 8: “[...] a minha rotina, junto com a da minha mãe, a gente trabalha, ambas. E aí, a gente tá perdida porque a gente não espera isso e a gente não o que fazer. Então, a gente tá numa situação bem difícil [...] a gente foi pesquisar sobre enfermagem em casa, mas sem condições [financeiras].”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 7: “E, ao mesmo tempo, eu tenho uma preocupação em relação à casa dela. Porque é uma casa grande, ela não consegue fazer limpeza sozinha e gostaria, assim, com tempo, que ela pudesse ter essa cabeça de que querer mudar [...] Não sei dizer se é uma outra casa, se é uma outra edícula, se é num asilo...não sei. Enfim, lá ela não teria condições de ficar sozinha. Ou fica com uma outra pessoa que possa ajudá-la, uma pessoa mais jovem que possa ajudar, que seja de confiança dela.”	A impossibilidade de o idosos morar sozinho gera preocupação para o cuidador	
O momento da orientação de alta hospitalar	CUIDADORA 2: “eu entendi bem. Na prática não posso dizer o mesmo, mas entender eu entendi.”	Anseio para aplicar em casa o que aprendeu ainda no hospital	
	CUIDADORA 3: “eu acompanhei aqui também no hospital para mim poder fazer mais ou menos.”		
	CUIDADORA 4: “... com as orientações fica mais fácil. A gente sabe o que ela pode comer, a gente já sabe que ela come pouco. Então eles orientam que ela tem que se alimentar, a gente já sabe que ela tem que se alimentar, mas dentro do que ela come, a gente não precisa forçar para ela comer.”		
	CUIDADORA 8: “Na verdade, acho que vai ser bem difícil. Acho que impossível, não. É tudo questão de colocar em prática e, conforme for acontecendo as coisas, a gente vai vendo o que é possível e o que não é. Aí, vai depender muito dele, vai depender de como a gente vai conseguir acessar tudo isso. Então, ainda tá um ponto de interrogação, na verdade”.		
	CUIDADOR 9: “No momento, não... a gente vai ter dúvida quando começar a executar a...as...as necessidades, né?”		
	CUIDADORA 2: “Ah eu acho que todo idoso tem que tomar muito cuidado com quedas, a gente nem esperava, em um momento assim, em de acordo como acontece.”		
	CUIDADORA 7: “[...] a orientação sobre a alimentação é a que mais me preocupa [...] Gostaria que fosse mais natural possível, sem muita medicação, mas, é claro, pela idade dela, eu não posso ficar interferindo muito. Então, vou tentar levar, assim, no melhor possível, né? Mas eu gostaria, assim, que é...não tivesse muitos suplementos, essas coisas assim, e pudesse fazer naturalmente.”	A inclusão de medicamentos e suplementos artificiais são motivos de preocupação para o cuidador	
	CUIDADORA 6: “[...] Então a gente vai lendo, coisa que a cabeça fica a mil né? [...] Bom que tem tudo aqui marcadinho porque assim fica para mim isso. Então assim, ajuda.”	As orientações escritas auxiliam os cuidadores a acessarem as informações sempre que necessário	
	CUIDADORA 12: [sobre a utilização das orientações de alta] “Sim, com certeza. Principalmente, uma cartilha que a fisioterapeuta		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	deu. A forma de como cuidar dela de agora por diante.”		
	CUIDADORA 8: “[...] na verdade, ainda não foi passado 100% todas as orientações. Das que foram passadas, ok, mas eu acho, ainda, que tem bastante coisa pra conversar [...] Como ele vai se locomover, como que a gente vai mexer nele, até que ponto eu posso mover ele pra limpar, como que limpa?”	Expectativa de que sejam outras orientações além das que foram feitas	
	CUIDADORA 8: “[...] a minha mãe teria mais dificuldade, ainda, que eu. Então, eu acho que teria de ser uma coisa mais detalhada pra gente não fazer alguma coisa errada, pra comprometer a cirurgia.”		
A rede de suporte social	CUIDADORA 3: “então eu fico um pouquinho mais tranquila porque eu sei que eu vou ter uma ajuda a mais e meu pai também, na questão de que se locomover para poder vir até o hospital, para poder fazer a parte de retorno para avaliação. Então assim, eu vou ter uma ajuda a mais, eu não vou ficar sozinha, para não ter que me sobrecarregar também.”	Não ser a única pessoa responsável pelo cuidado como facilitador	As redes de apoio
	CUIDADORA 3: “Então, a gente já paga para poder fazer a limpeza do ambiente, então vai ter uma ajuda mais, de repente ficar um pouco mais tempo, poder dar banho. E ela já é uma pessoa que já cuidava da minha tia, que é a irmã da minha avó, que já faleceu. Então ela já tem uma experiência com idoso da família.”	Ter alguém com experiência prévia em cuidar dá mais segurança ao cuidador	
	CUIDADOR 9: “A minha esposa, por exemplo, não pode ajudar, porque ela tem um monte de enfermidades que...dificuldades, inclusive, pra fazer as obrigações caseiras normais, né?”	A situação de saúde de outros membros da família impacta na divisão dos cuidados	
	CUIDADOR 5: [em relação à maior dificuldade] “É quanto ao vaso sanitário. Porque eu vou estar invadindo uma coisa que era… e ela vai se sentir invadida e eu vou também ficar constrangido em invadir. Eu vou ver agora com o pessoal que pode. Em frente de casa tem uma senhora que é enfermeira aposentada, então acho que ela vai poder me ajudar nesse momento de intimidade dela, de banho, enfim...”	A presença de vizinhos e amigos são facilitadores na transição do cuidado	
	CUIDADOR 9: “[...] vai ter uma senhora que mora perto de casa, né, e ela tá com dificuldade financeira e nós vamos ajudá-la nesse sentido e ela vai ajudar a cuidar dela, né? Mas, assim, pra cuidar nesse sentido: dar um banho...ajudar a gente a dar o banho nela. É porque eu filho, não vou dar banho nela, né? Nem o meu irmão.”		
	CUIDADORA 12: [sobre o vínculo com a idosa] “Só vizinha [...] é um trabalho voluntário.”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
O acesso à rede de saúde	CUIDADORA 4: [sobre a fisioterapia] “a gente já tem indicação de uma amiga da minha prima e a gente não sabe se vai precisar pagar, se vai conseguir pelo posto de saúde, então a gente corre atrás.”	Esperança de conseguir a fisioterapia	
	CUIDADOR 9: “A gente vai insistir pra ela fazer os exercícios. E a fisioterapia, nós vamos ver naquele posto que a moça lá, tinha falado [...] Se não conseguir nada, eu tenho uns colegas meus, lá no hospital da fisioterapia, que, provavelmente, eles vão me orientar, me ajudar.”		
	CUIDADOR 5: “... ela acompanha [no PAI-Programa de Acompanhante de Idosos], inclusive vai a acompanhante dela toda sexta-feira em casa, e vai também periodicamente, vai a médica e vai uma outra menina que eu não sei qual a função dela, mas ela é bem acompanhada, tudo bem? Quando ela internou aqui, eu Já corri para o PAI para avisar o que estava acontecendo para dispensar a visita...”	A utilização dos recursos da rede de saúde prévia à fratura são um suporte para a nova situação	
	CUIDADORA 8: “Foi passado um contato de um posto de saúde que eu sei que tem perto de casa. Então, foi passado pra mim, agora há pouco e eu vou tentar ver o que eu consigo lá, pra ajudar a gente. Vamos ver.”	A pós fratura como primeiro contato com a rede de serviços de saúde	
	CUIDADORA 6: “[...] Hospital público, seja ele qual for, o difícil é o entrar, o primeiro atendimento, pronto socorro, corredor, maca, aquela coisa difícil. Depois você vai para o paraíso, e todos os profissionais dão o melhor, aqui muito mais, todo mundo é uma palavrinha, uma atenção, é muito legal de ver isso. Tem aquela humanização que a gente não vê mais nos particulares...”	O bom acolhimento dos profissionais do sistema público gera satisfação para o cuidador	
O momento da alta hospitalar	CUIDADOR 5: “Ela vai ter alta hoje à tarde. Eu estou muito preocupado, por uma logística em casa. Porque no momento que ela foi internada aqui, eu comecei arrumar em casa, lixar parede, passar massa [...] Então quero ver se hoje, quando ela sair daqui, tentar fazer isso em casa, ligar para uma amiga dela, se ela pode ficar dois dias ou três dias na casa dessa amiga, entendeu?	As adaptações exigidas pela nova condição física requerem reorganização do cuidador	A alta hospitalar

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 8: “Essa semana, eu consegui pegar livre no trabalho, mas, a partir da semana que vem, se eu não for, eu vou ser demitida. Então, a minha mãe tá tentando antecipar as férias dela, pra ver se ela consegue ficar. Se ela não conseguir, eu não sei como é que a gente vai fazer, ainda.”		
	CUIDADORA 6: [sobre a alimentação] “eu fico com pena ela tem muita idade para fazer uma dieta muito rígida, eu não sei se amanhã tá aí, e eu vou ficar não, não pode nem comer.”	A restrição alimentar colocada na orientação é um motivo de preocupação para o cuidador	
A presença de outras doenças	CUIDADOR 5: “... a minha preocupação maior não é a agora a recuperação dela, é com esse tumor que ela tem no peito, essa é a minha maior preocupação.”	A internação pela fratura de fêmur como momento de descoberta de outras patologias	As comorbidades
O Cuidar como recorrente na vida desse cuidador	CUIDADORA 7: “[...] cuidei da minha mãe, cuidei da minha sogra, cuidei de uma cunhada com síndrome de down. Então, isso me deixou bastante segura, né? Pra poder ajudar a Sachiko, porque eu sempre achei, assim, que um dia ela iria precisar de alguém, né?”	Ter cuidado previamente de outras pessoas confere segurança ao cuidador desse idoso	Ser Cuidador
	CUIDADORA 12: [sobre o cuidar] “é mania mesmo. Eu, desde pequena, cuido de quem tá doente. (risadas)”		

Quadro 2. Categorias e Núcleos de sentidos de Cuidadores de Idosos com Fratura de fêmur após 15 dias da alta hospitalar.

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
A chegada no domicílio	CUIDADORA 1: "A primeira semana foi um inferno. É. A gente não sabendo lidar com ela, tudo uma questão de adaptação."	A chegada em casa na pós fratura é um momento de muita exigência para o cuidador	O cuidado pós agudo
	CUIDADORA 3: "Ah, chegou bem, né? No começo foi um pouco difícil para se adaptar né?"		
	CUIDADORA 6: "A chegada é difícil. É muito difícil, por quê? Eu tinha ficado três dias num corredor, dormindo numa cadeira. Eu tava esgotada. Aí, você chega como uma doente, que não anda, dependendo de tudo. Cheguei numa hora de almoço, com fome."		
	CUIDADORA 6: "Se falar que eu não tô esgotada...Agora parece que tá um pouquinho melhor, porque o começo é muito cansativo".		
	CUIDADORA 7: "[...] a primeira noite eu fiquei preocupada se é...se ela iria acordar, se ela....então eu dormir aqui no sofá pra ver se ouvia alguma coisa. Praticamente, eu não dormi aquela noite. (risos)."		
	CUIDADOR 5: "[...] quando ela saiu do hospital ela não veio aqui pra casa. Ela passou uns dois dias e meio na casa de uma amiga. Porque eu tava fazendo uma reforma em casa."	A impossibilidade de receber o idoso em casa exige adaptações	
A presença de dor	CUIDADOR 9: "[...] a dificuldade foi a seguinte: que era muita dor, excessiva dor e ela não queria se movimentar de forma alguma [...] voltamos pra fazer o...o...o Raio-X, que aquele exame de Raio-X de rotina, né, de retorno. Aí foi constatado a...a...médica, uma japonezinha que tinha lá, falou que ela ia ficar, não ia poder ir pra casa, né? Isso foi uma surpresa pra nós [...] fizeram a segunda cirurgia. Pra uma senhora de 94 anos sofrer duas cirurgias, é exigir demais, né?"	A necessidade de reabordagem cirúrgica gerou sofrimento para a família	
Aplicação das orientações de alta	CUIDADORA 1: [em relação à alimentação] "um parto. Ela está super difícil de comer. É meio que sobre ameaça, sabe?"	O cuidador sente-se ameaçando o idoso	
	CUIDADORA 1: "Ela tá muito resistente, e a gente tenta levar da melhor forma possível."	O idoso mostra-se resistente a seguir as orientações e é motivo de preocupação para o cuidador	
	CUIDADORA 1: "Não se adaptou,[a utilizar fraldas] não gosta. Nos primeiros dias isso também foi uma dificuldade gigante, porque ela não queria..."		
	CUIDADORA 4: "Pra mim, a única coisa que tá sendo difícil, é a alimentação. Porque ela já não era de comer."		
	CUIDADORA 6: "Agora, eu acho o seguinte: o mais difícil é a parte da comida. Porque eles ficam, pelo menos uns dez dias, numa prostração que você tem que ficar em cima mesmo, porque senão, eu acredito, que entram em inanição..."		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 12: “Ela tá comendo bem. No início, ela não queria comer, se recusava ...agora ela come bem. Todo dia...faz do mesmo jeito que a nutricionista mandou fazer, tá fazendo tudo direitinho.”		
	CUIDADORA 1:”... eu não lembro de nada do que foi orientado no hospital. [risos]. Não sei se estou fazendo certo ou não[...] A única coisa que ficou muito focado foi que ela tem que andar.”	A ênfase para o andar nas orientações de alta	
	CUIDADORA 1: “Eu não sei se ela está fazendo a marcha direito né? que é a primeira perna operada, ponta de pé depois arrastar a outra perna força no braço, quando eu vejo errado eu corrijo. Mas é só isso, porque de resto a vida continua normal, como era antes da queda.”		
	CUIDADORA 3: “ajudou bastante todas as orientações. Agora só ficou mais a parte da fisioterapia de andar.”		
	CUIDADOR 10: “[...] o que eu achei que ficou em nossa mente foi em relação a utilização do andador, né? Em relação a... Que a fisioterapeuta comentou. É. em relação também a não deixar nada que pudesse fazer com que ele caísse, né? Tapete... É, tapete. Essas coisas mais...”		
	CUIDADORA 2: “As orientações mesmo eu não lembro. Só no dia a dia que eu fui me adaptando, fazendo melhor né. No dia a dia que fui aprendendo.”	A vivência diária do cuidado como oportunidade para o aprendizado	
	CUIDADOR 5: “[...] o que marcou muito foi...foi esse negócio: que é... o andador [...] mas tem que ter toda uma medida [...] eu tenho o papel aqui...em branco.”	A ausência de informações na orientação de alta dificulta a implementação dos cuidados	
	CUIDADORA 8: “A gente adaptou as coisas aqui no banheiro, a gente abriu um espaço ali na sala [...] aí a gente foi procurando as coisas pra ele, pra... porque ele falava que tinha dificuldade nisso, aí a gente buscou alternativas. Mas isso, por...por nossa conta, digo, não fui orientada sobre isso. Aí, eu fui na loja e falei: "oh, ele não consegue ir no banheiro, eu faço o quê?" Aí, o cara me indicou lá, aí a gente comprou. Colocou aí e ele se virou bem.”		
	CUIDADOR 10: Tem uma crítica, porque quando ele teve alta, poxa, podiam ter falado: "Oh, é normal a perna ficar preta desse jeito, sair bolha não sei da onde..." Eles poderiam assim, ter falado, assim, o que...o que poderia...sair umas bolhas...umas bolhas na perna, a gente já ficou: "Nossa, mas o que que é isso... E como ficou, assim, na verdade não tava tão roxo e vermelho quanto ficou aqui, depois, né, por causa do sangue		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	e tal. a gente ficou, em relação a isso, um pouquinho preocupado.”		
	CUIDADORA 8: ...a fisioterapeuta não tem [como pagar] Então, a gente tá pedindo, as coisas que a gente lembra que a fisioterapeuta pediu pra ele fazer, ele até faz uma coisa ou outra, mas ele não faz tudo.”	Ter vivenciado as terapias no ambiente hospitalar pode auxiliar no cuidado	
	CUIDADOR 9: “ Olha, a falado: estamos seguindo, exatamente, aquilo que foi orientado. Tanto é que os papeis estão grudados ali na...na coisa para qualquer di.....algum que tiver uma dúvida "não, vamos lá, tá aí, oh", "é isso daí, tem que fazer desse jeito". Gente...eu...como eu já...já tinha	As orientações escritas auxiliam os cuidadores a acessarem as informações sempre que necessário	
	CUIDADOR 10: “É, em relação ao cuidado com as feridas, limpeza, né? Na verdade, um falou que era pra passar soro outro falou que era pra lavar com sabão neutro... Então, pra mim o que falaram foi pra usar o soro fisiológico pra higienização...”	A divergência de informações passadas pode dificultar o cuidado	
A alta hospitalar	CUIDADORA 8: [sobre a alta hospitalar] “Horrível. Primeiro, porque não tava programada a alta dele pro sábado. A princípio, tinha sido passado na sexta-feira que a alta dele ser..., provavelmente, seria na segunda-feira [...] De repente, ela voltou pra casa e chegou em casa e me ligaram, falando que ele tava de alta. Só que aí, me ligaram no horário que já tavam as lojas fechadas. Então, como que ele iria urinar, como que eu ia tirar ele do carro?”	A falta de programação do momento de alta exige que o cuidador se adapte.	O momento da alta hospitalar
	CUIDADORA 8: “Aí, o médico que tava no final de semana, não acompanhou ele durante a semana, que era o plantonista. E aí, inclusive, ele não prescreveu o que, durante a semana, falaram que iria ser prescrito. Então, vitamina D...e eu , ainda, falei: "Olha, a médica falou que ia prescrever na alta e não sei o quê [...] Só que, no relatório da alta, tudo já tinha sido dosado, ou seja, não tinha visto o prontuário antes, pra saber o que tinha sido coletado, pra saber o que ia ser prescrito "	A fragmentação das informações impõe ao cuidador que faça solicitações à equipe de saúde	
	CUIDADORA 8: [sobre a consulta médica ambulatorial] “Foi por uma pessoa que não tinha nada a ver com o que tava acontecendo, ou seja, mais uma pessoa que não leu o prontuário, não sabe o que aconteceu, não sabe o que tá tomando, não sabe o que orientar.”		
	CUIDADORA 8: “Não falaram nada sobre o anticoagulante, se tinha que continuar. Simplesmente, eles falaram pra suspender tudo [no retorno ambulatorial, uma semana após a alta]. Eu que falei pra continuar o anticoagulante porque a geriatra tinha passado por 30 dias.”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
O momento do cuidado	CUIDADORA 1: “A minha mãe é uma senhora ansiosa, acelerada. Eu é quem tem ajudado ela no banho, é normal, é tipo a hora que a gente mais ri.”	A oportunização pelo cuidado de momentos de fortalecimento do vínculo	O cuidar
	CUIDADORA 2: [sobre a maior dificuldade encontrada] “Levá-la ao banheiro, colocar ela sentada. Aquele cuidado. Mas agora já está bem mais fácil.”	O momento das atividades básicas gera preocupação para o cuidador	
	CUIDADOR 5: Hoje foi o primeiro dia que eu falei mesmo que ela tomou banho sozinha. Teve essa autonomia [...] porque foi mais o que o enfermeiro lá falou pra mim: "Olha, você tem que perder esse pudor com a tua mãe, aí". Depois ele falou pra ela. Não adianta, sabe? É...é...resp...cultura, é respeito, é...enfim, um monte de coisas, né?	A sensação de invasão à privacidade do idoso requer reorganização por parte do cuidador	
Acesso a rede de saúde	CUIDADORA 3: “E assim a gente só tá mais com dificuldade na fisioterapia dela né [...] a gente está vendo da locomoção, através da ambulância, se eles têm a disponibilidade, para ir à fisioterapia da Metodista [faculdade] que é perto de casa.	Expectativa de conseguir a fisioterapia	As redes de apoio
	CUIDADORA 12: “Fisioterapia, até hoj....agora, nada [...] estamos fazendo em casa, do mesmo jeito que a fisioterapeuta ensinou, do jeito que eu aprendi, ali no hospital [...] Olha, pra pagar, fica um pouco difícil, porque, na verdade, é muito caro.”		
	CUIDADORA 8: “Pra mim, fisioterapia uma vez por semana [que foi a frequência disponível na rede de saúde], eu não vejo efeito nenhum (risos). Teoricamente, ele tinha que fazer isso todos os dias. Aí em casa, ele fica...eu comprei a bola pra ele fazer, é... pesinho e ele não faz.”	Expectativa de maior frequência na terapia motora	
	CUIDADORA 4: “E o oxigênio, pra tirar do hospital, a gente alugou, porque ela tava de alta, mas só ia pra casa com oxigênio. E aí, eu não ia deixar minha mãe mais dois..., dez, quinze dias no hospital [...]. Então, ela tá direto no cilindro e...e...eu só tô sem meio de transporte, porque eles tão em falta desde março [...] Esse é emprestado do posto de saúde que eu também tive que fazer um suador porque nem médico no posto não tem mais. Então assim, eu tô...que nem eu falei, eu tava vendida, né, porque, no posto, só tem enfermeira. A enfermeira não podia fazer as receitas [...]”	O não fornecimento dos materiais necessários ao cuidado pela rede impõem ao cuidador que providencie	
	CUIDADORA 6: [...] só o bendito do...do...do remédio de...de...pra não ter...Trombose custa quase duz...trezentos reais, essa brincadeira. Xarelto. Duzentos e oitenta e chora, chora, consegui desconto. E compra um, compra outro, compra outro [...] Uma parte de remédio que a gente precisa, a		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	gente tira do posto. Consegue do posto. Então, assim, mas não consegui todos os remédios.”		
	CUIDADORA 8: “Por acaso, eu estava no uber, aí, uma conhecida minha sabia que ele estava no hospital, mas não sabia que ele tava tendo alta. E ela ganhou uma cadeira nova, do irmão, pra mãe, de banho. E aí, ela perguntou se eu não queria, a cadeira de banho. Eu falei: "Meu, é essa cadeira aí.". Desviei o caminho do uber com ele dentro.”		
	CUIDADOR 9: “Eu fiz um...uma cadeira, eu fiz com rodinhas. Aí, a gente coloca ela, rapidinho, em cima porque ela não aguenta ficar em pé muito tempo.”		
	CUIDADORA 8: [sobre pedir emprestada a cadeira do hospital] “...como eu moro perto, eu falei assim: "Ah, não eu tiro ele do carro pra casa e aí, eu devolvo a cadeira." Não tinha possibilidade nenhuma disso. "Ah, não, você pega, com a sua mãe, ele no colo." Como que eu vou pegar um senhor de idade, fraturado, que sente dor, no colo, pra depois transportar? Então, assim, foi péssimo a liberação. Eu achei que, pensando em toda a cirurgia, a delicadeza do pós-operatório, tudo isso poderia ter sido perdido só nisso.”		
	CUIDADORA 3: [sobre estar usando fralda] “Sempre[...] A gente tá esperando a resposta do posto também para fornecer, por enquanto estamos comprando.”	Expectativa de conseguir fraldas na unidade básica de saúde	
	CUIDADOR 5: [sobre a fralda] No posto eles só dão, eu já fui me informar, eles só dão pra paciente que precisam, permanentemente, até o final da vida. E não pra um tempo, é...é...provisório que nem o dela, né? Então, eu não consegui		
	CUIDADOR 5: “[...] foi uma mão na roda [a equipe do PAI] elas que me falaram: "olha, aluga [cadeira de banho], assim, assim, assado que é mais fácil".	A utilização dos recursos da rede auxilia o cuidador	
	CUIDADORA 8: “É super complicado pra passar por toda...ah, ninguém sabe onde passa, com quem fala, ah....A primeira vez que eu fui com ele, ah, tava agendado é..."início de atendimento a partir das 7h". Chegamos lá 8h, aí não podiam atender porque os médicos já tinham ido embora. Eu falei: "Mas, tá marcado aqui.." Aí, tinham falado pra minha mãe que era pra ir num outro portão, porque ele ia tá lá, não sei o que...ia passar direto lá, que ele só ia ver o...a coisinha, e liberar, a ferida cirúrgica.”	A descontinuida-de das informações entre os serviços de saúde gera transtornos ao cuidador	
A funcionalidade do Idoso	CUIDADORA 3: “ela ainda não conseguiu andar... não sente firmeza na perna ,ela sente que a perna dela tá dura, porque ela já tinha problema no joelho e já era difícil para ela andar”	A existência de outras condições de saúde prévias impacta no cuidado	O idoso cuidado
	CUIDADORA 4: “... depois da fratura ficou um pouco mais complicado, né? Porque é uma pessoa que fuma a cinquenta anos. Então assim, ela tá sem cigarro, então ela...ela chora porque quer fumar.”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 4: [antes da fratura a idosa não utilizava] *"*Nem oxigênio, nem fralda, nada. Isso tá me dando um trabalho danado."		
	CUIDADORA 12: Ela esquece, agora ela esquece. Ela faz uma coisa agora, ela diz: "eu mesmo, não fui, não." Ela esquece, ela esquece do que falou, ela esquece do que ela fez. Aí, agora tá assim. Acho que é pela idade, né? Sei lá, o médico disse que não, porque ela tá tendo demência. Depois que aconteceu isso, ela ficou assim.		
	CUIDADORA 3: *"*então no hospital eu peguei mais ou menos o que eles estavam fazendo, assim, na hora do banho, na parte da medicação, e também quando ela tava com ponto eu comecei a fazer em casa e agora tirou os pontos tudo, é mais a parte da fisioterapia mesmo dela andar, mas continua a mesma coisa assim, e ela praticamente fica mais na cama né?"	A manutenção da mesma dependência física que no ambiente hospitalar	
	CUIDADOR 9: "[...] todos esse material, aí, fralda, por exemplo, eu comprei o...bom, não sei se precisa. Comprei o...três pacotões enormes de fralda, aí... [...] ela nunca usou fralda, né? Agora, depois da fratura, você é obrigado a colocar."		
	CUIDADORA 4: "...ela já não quer mais ficar na cadeira de banho. Ela não quer usar fralda. Então assim, é meio co...é muito complicado pra mim, porque assim, eu não tenho quem me ajuda, né? Os meus irmãos são uma bênção...Pra você ter uma ideia, eu pedi conta no serviço pra ficar com ela, porque eu não tinha quem ficasse com ela pra mim trabalhar."	A melhora da dependência pode exigir mais do cuidador	
	CUIDADORA 4: *"...*ela nem ficou na cama, moleca. (risos). Nem na cama não ficou. Esse é meu maior...a minha maior briga com ela, é exatamente essa. Por que assim, eu acho...ela precisa repousar a perna também. Eu sei que precisa movimentar, mas também precisa repousar."		
	CUIDADOR 5: "[...] Só que, como ela é muito ativa, é difícil ela aceitar. Eu tive uma conversa muito séria com ela, ontem de manhã, pra você ter uma ideia, tá entendendo? E veio essa minha prima, depois de dois, três dias. Ficou com ela aqui, mas sofria muito, porque é...é...ela queria comandar..."		
	CUIDADOR 5: Eu tô com medo do andó...do andador [...] Dela...dela ficar andando e...ficar andando, tá entendendo? E querer subir a escada. Porque até agora, ela não subiu a escada. Não foi para o quarto dela, né?		
	CUIDADORA 8: "A partir do momento que ele se sentir totalmente seguro pra sair, como antes, eu acredito que ele vai voltar a beber."		
	CUIDADORA 7: "Então, assim, aos poucos, o...tá conseguindo ficar mais em pé. Bom, isso também a fisioterapia ajuda, né? É...a fisioterapeuta vem uma vez por semana e...eu anoto tudo e, durante os dias, eu faço os exercícios, né? Teve um dia que ela não quis fazer."	A melhora da funcionalidade é motivação para o cuidador	

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 7: “Bom, eu acho que, no meu ponto de vista, eu gostaria que ela fosse fazer mais exercícios, sabe?(risos) Pra ser mais rápido...a recuperação. (risos) Mas ela...ela falou que: "não, não, não".”		
	CUIDADORA 12: “Ela come sozinha, toma banho sozinha, põe roupa sozinha. [...] Andando normal, sem andador.”		
As mudanças na vida do cuidador	CUIDADORA 4: “Porque ela não tá dormindo. Então assim, eu tô com o problema dela não dormir à noite e aí, durante o dia, ela dorme e eu tenho as minhas coisas todas pra fazer [...] Então agora, eu tô fazendo assim: quando ela dorme à tarde, que nem assim, de umas seis e meia, sete horas, é o horário que ela encosta e dá uma cochilada, aí eu aproveito e cochilo junto.”	A nova condição do idoso exige adaptações na rotina do cuidador	O ser cuidador
	CUIDADORA 7: “ Eu consigo fazer as coisas, por que assim: quando eu tenho que sair, deixo o celular, na cama do lado ou ponho no...se ela vem pra cá, carrega e, qualquer coisa, eu ligo ou ela me liga.”		
	CUIDADORA 8: “[...] eu já tô naquela situação que eu já faltei tanto no trabalho que, daqui a pouco, é capaz de eu perder o emprego. Então, tá bem difícil isso.”		
	CUIDADORA 8: “Como eu tô me sentindo? Depende. Tem horas que eu me sinto "puta".(risos) Tem horas que não tem o que fazer. Porque, quando acontece na minha profissão, eu sou cobrada de uma maneira que eu não posso esperar.”		
	CUIDADOR 10: “[...] mudou a rotina dentro de casa...Que agora, é em função dele, na verdade, né? então ...ele lavava a louça pra mim. É... às vezes ajudava nas coisas do alto... Ir na padaria, ir no sacolão pra mim, porque eu não consigo andar nas calçadas. É, coisas básicas.”		
	CUIDADOR 5: [...] Eu falei assim: "Olha, quando você voltar a andar em outubro, capaz esteja sozinha aqui em casa, porque eu já não vou estar mais aqui, porque eu não estou aguentando. Eu já perdi 10 kg, esse tempo todo aí e aí, deixa a gente cuidar de você. Você não deixa, tá entendendo?" E eu fui explicando toda a situação que tá acontecendo comigo, profissional, enfim.”	Quando o idoso não permite ser cuidado pode gerar conflitos com o cuidador	
	CUIDADOR 9: “O maior problema é ela mesma. Que ela tem medo de se movimentar, reclama muito de dor e aí, então, a gente relaxa um pouco.”		
	CUIDADOR 9: “[...] o progresso, é muito lento, mas até aí, noventa e quatro anos, não é qualquer um que chega, né? Então, a gente tem paciência até...mas que ela não vai...”		
	CUIDADOR 9: “ Quando ela enxu..."enxucra" que não vai querer andar mais, não adianta fazer andar, não vai mesmo, mas ela tá apre...tá indo, progredindo [...] O que a gente tá notando, uma coisa: a perna boa tá mais difícil de se movimentar do que a ruim (risos).”		

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	CUIDADORA 6: “Ah, e eu, tive que ir para o Pronto Socorro também porque eu peguei uma sinusite que, no final, já tava saindo sangue do meu nariz...”	A sobrecarga do cuidado impacta na saúde do cuidador	
Rede de suporte social	CUIDADORA 6: “[...] ela entrou andando normal, com andador, saiu do hospital andando, subiu esses degraus tudo. Sentou, foi no banheiro. Então, aos pouquinhos, você vai se adaptando. Liga pra vizinha: "tem ainda a cadeira?" "Tenho." "Traz a cadeira que eu preciso." A outra já trouxe a cadeira de roda. Já queriam bengala, muleta e já trouxeram a comadre...a turma é unida aqui. Então, isso é muito bom que te dá apoio também...”	Ter vizinhos que auxiliam nesse processo dá mais segurança ao cuidador	As redes de apoio
	CUIDADORA 8: [sobre quem está cuidando do idoso] “... uma cunhada da minha mãe [...] ela [a cunhada] tá cobrando um valor que a gente não contava [...] Eu peguei um empréstimo, com duas pessoas, pra pagar. Consegui pagar dois meses. Então, agora depois desses dois meses eu não sei.”	Ter que pagar alguém para cuidar do idoso gera sobrecarga financeira à família	
	CUIDADOR 9: “Quem tá pagando [a fisioterapia] é o...o meu sobrinho, um dos sobrinhos. Nós estamos fazendo um pool de despesas com todo mundo.”	O auxílio financeiro de demais familiares proporciona ao idoso acesso a fisioterapia	
	CUIDADOR 10: “ Meu primo, que é enfermeiro, ele sugeriu de comprar aqueles é...assentos maiores, né? Só que p assento, ele era muito duro também.”	O suporte de familiares que trabalham na área da saúde auxilia na adaptação domiciliar	
	CUIDADOR 5: “Tudo é eu, como era antes, tá entendendo? Porque, antes dessa...dessa queda dela, ela teve duas quedas. Essa foi a terceira [...] Terceira queda em três meses, né? então, desde o final do ano passado, eu tô tomando conta de casa.”	Ser o único cuidador impõem adaptações	
A experiência de já ter cuidado de outros idosos	CUIDADORA 6: “A minha casa é meio adaptada a velho, a essas coisas. Então, não foi, nessa parte, não foi difícil, porque, assim, foi empurrar um pouco mais a cômoda pra lá, tapete eu já não tenho na casa toda”	A casa estar adaptada para idosos devido a cuidados anteriores é um facilitador	Ser cuidador
	CUIDADORA 7: [sobre ter dificuldades nessa transição] “Não, porque já tinha um esquema montado, né? A...minha... minha sogra ficou aqui, então, o quarto já tava tudo preparado, é pertinho, você pode até ver. Então, nesse sentido, pra mim, foi fácil.”		
	CUIDADORA 6: “Olha, muita coisa, eu já sabia, porque eu já sou macaca velha de cuidar de doente, tá? [...] cuidei de vó, de primo, de tio, de	Ter cuidado de outros idosos deixa o	

Categorias	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
	irmão, de...de todo mundo, de amigos. O negócio é o seguinte: eu não trabalhava e não estudava até os trinta anos. E aí, eu era o "faz tudo". Eu...pra mim foi mais fácil, entendeu? De entender e de fazer as coisas, mas eu acho que quem não sabe, tem que ter essa orientação porque senão, a pessoa fica perdida mesmo.”	cuidador mais seguro	
	CUIDADORA 7: “A minha sogra, dormia aqui no fundo, o mesmo quarto dela. A minha mãe também. Só que a minha mãe foi bem depois. E...e os...os meninos, quando chegavam, eles sempre iam lá pro quarto e falavam com... com a vó. Então, com a S. lá, eles falaram: "parece que a vó voltou”.	A presença do idoso pode trazer lembranças de outros idosos que estiveram na casa	

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011, 229 p.

British Orthopaedic Association. **More patients surviving due to continued improvements in hip fracture care**. Brighton: Medical News Today; 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa sociais.** São Paulo: Atlas, 1995. 208 p.

MV PORTAL. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Rio de janeiro.

VASCONCELOS E.M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 2ª edição. Editora Hucitec. São Paulo, 1991.