

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

CESAR JUNIOR APARECIDO DE CARVALHO

**A EXPERIÊNCIA DO IDOSO COM
FRATURA DE FÊMUR**

**BOTUCATU - SP
2013**

CESAR JUNIOR APARECIDO DE CARVALHO

A EXPERIÊNCIA DO IDOSO COM FRATURA DE FÊMUR

Tese apresentada ao programa de Pós graduação em saúde coletiva da Faculdade de Medicina, de Botucatu — Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR:

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Cristina Mangini Bocchi

**BOTUCATU - SP
2013**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651**

Carvalho, Cesar Junior Aparecido de.

A experiência do idoso com fratura de fêmur / Cesar Junior Aparecido de Carvalho. - Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Capes: 40602001

1. Idosos - Cirurgia. 2. Fêmur - Fraturas. 3. Cuidados pós-operatórios.
4. Reabilitação.

Palavras-chave: Dependência; Fraturas do Fêmur; Idoso; Reabilitação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CESAR JUNIOR APARECIDO DE CARVALHO

A EXPERIÊNCIA DO IDOSO COM FRATURA DE FÊMUR

Tese apresentada ao programa de Pós graduação em saúde coletiva da Faculdade de Medicina, de Botucatu - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Silvia Cristina Mangini Bocchi

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF. DR. _____
UNIVERSIDADE _____ **ASSINATURA:** _____

PROF. DR. _____
UNIVERSIDADE _____ **ASSINATURA:** _____

PROF. DR. _____
UNIVERSIDADE _____ **ASSINATURA:** _____

PROF. DR. _____
UNIVERSIDADE _____ **ASSINATURA:** _____

PROF. DR. _____
UNIVERSIDADE _____ **ASSINATURA:** _____

Botucatu, 26 de agosto de 2013.

Dedicatória

A Deus,
Por ser meu amigo e cuidar
de mim o tempo todo...

Aos amigos Eternos Celestiais
Pedro Jorge Frassati e
Terezinha de Lisieux

Aos meus pais:
Cesar,
muito obrigado a me ensinar em
ser alguém e nunca desanimar...
Diva,
mulher guerreira que me ensinou a ser
alguém que possa fazer a diferença...

Aos meus irmãos Juliana e Juliano
talvez a diferença quando criança nos afastavam,
mas com a maturidade acredito que nunca
foi tão bom a convivência
Obrigado por vocês existirem, em minha vida...

A minha Madrinha Carmelita Irmã Eliane
Obrigado pelas constantes orações e sacrifícios por mim.
Deus ouviu seu coração.

Aos meus sobrinhos
Guilherme (meu milagre), Gigi e João Pedro,
Deus sabe o que faz mesmo,
o titio ama vocês...

Agradecimentos

Primeiramente,

À Professora Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad
a quem tenho respeito e eterna admiração, sem
você não teria voado tão Longe.
Obrigado minha Mestre.

À professora Vergínia Aparecida Mariane Guides
por ter me dado a primeira oportunidade
e sem dúvida, por ter me ensinado a aprender que
o melhor professor é aquele que tem as asas na educação...
Sem palavras para te agradecer talvez,
começaria por, Perdão.

Aos amigos...

À Dani Rissi
Obrigado pelo abstract, sei que você
é "família" que eu escolhi...

Ao amigo Rafael Taniguchi e Luciana T.
amigos, vocês nem sabe o quanto são importantes
na minha história, obrigado por tudo...

Prof. Dra. Marcia Eiko Karino
irmã de e alma e coração.
não tenho como agradecer você
você é eterna no meu coração..

A minha amiga Rosana Claudia
"Preta" você a minha fiel escudeira e amiga de todas
horas, com você vivo grandes emoções...rs!!!
Obrigado por você existir...

Ao meu amigo Alejandro (Thico) de Costa Rica,
que bom ter você, presença viva
Na memória e no coração... Amo vc!!!

Ao meu amigo Rodrigo (BB)
que se mostrou sempre amigo, lindo coração
que me ouviu, nas horas que precisei falar. Uffah!

Ao querido amigo Rene
obrigado pela força de sempre, vamos comemorar com um café... rs

Aos amados do grupo de Oração Jesus Eucarístico
por cada momento em que estiveram comigo,
a força que tive foi de cada um de vocês...

A minha amiga Edna Picelli,
o trato deste trabalho
com carinho e perfeição, muito obrigado!!!

A Querida Andrêya G. pelo
cuidado na revisão de Português.

A minha família japonesa,
Edu e Miti, Betinha, Maysa, Xixo,
e a minha "Ka" os sobrinhos lindos!!!...
Um coração sincero, faz!!!

A trupe querida... Tomokooo, Gudinha e
Maguidinha, Aninha, obrigado
pela amizade e acolhida...

À professora Edilomar Leonart
querida amiga e exemplo de força.
Aprendo sempre a cada dia com você.
Professora, obrigado por fazer parte deste sonho.

À professora Dra. Regina Stella
por todo apoio para que
esse sonho se tornasse real.

Às professoras da banca de qualificação
Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua e
Profa. Dra. Lucía Silva;
a ajuda de vocês tornaram meu diamante,
mais lapidado e brilhante
Muito Obrigado!

Às professoras da banca de defesa
Profa. Dra. Mara Solange Gomes Dellarozza,
Profa. Dra. Fernanda Paula Cerântola Siqueira e
Em especial Prof Dra. Eliana Mara Braga
por aceitarem fazer parte deste momento.

À coordenadora do programa de pós-graduação Saúde Coletiva
Profa. Dra. Ana Tereza Ramos de Abreu Cerqueira,
aprendi muito com você só aumentou minha
admiração e respeito pela sua pessoa!!

À Bibliotecária Fernanda Serrano
obrigado pelo trato no trabalho de minhas referencias.
Deus te abençoe.

Às colegas enfermeiras e professores do IFPR
obrigado por todo apoio e me ajudar
sempre quando precisei.

E aqueles, que são o motivo pelo qual o sonho se torna possível
e a cada dia e se renova mais, pela paixão que tenho em ensinar
meus amados alunos
Amo Vocês!!!

Agradecimento Especial

Amiga de todas as horas...dia e noite...

*Mesmo na distância,
foste força e presença marcada na minha vida.*

*Mestra, sabe o prazer de fazer esta tese
não está somente na composição dela ou
na descoberta do fenômeno,
mas foi ter tido a convivência e a amizade
de alguém como você...*

*Admiro sua competência, sua mansidão em resolver
os problemas.... É muito importante pra minha vida
E neste momento não contenho a emoção em dizer...*

*Muito obrigado Professora
Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi*

Bailes da vida

*Foi nos bailes da vida ou num bar
Em troca de pão
Que muita gente boa pôs o pé na profissão
De tocar um instrumento e de cantar
Não importando se quem pagou quis ouvir
Foi assim*

*Cantar era buscar o caminho
Que vai dar no sol
Tenho comigo as lembranças do que eu era
Para cantar nada era longe tudo tão bom
Até a estrada de terra na boléia de caminhão
Era assim*

*Com a roupa encharcada e a alma
Repleta de chão
Todo artista tem de ir aonde o povo está
Se for assim, assim será
Cantando me disfarço e não me canso
de viver nem de cantar*

(MILTON NASCIMENTO)

RESUMO

CARVALHO, C. J. A. A experiência do idoso com fratura de fêmur. Botucatu, 2013. 160p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

Trata-se de pesquisa na abordagem qualitativa conduzida na cidade de Londrina, Paraná, Brasil, para compreender a experiência do idoso pós-cirúrgico com fratura de fêmur e, propor um modelo teórico que a representasse. A saturação teórica se configurou mediante a análise da nona entrevista do tipo não diretiva. Estas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados, de julho a novembro de 2011. Emergiram quatro subprocessos: surpreendendo-se com a fratura; movendo-se entre a segurança e a insegurança na hospitalização; deparando-se com a iniquidade da rede de atenção do idoso dependente e ao cuidador familiar; superando no domicílio a perda da independência apoiado na família, na religiosidade e na reminiscência. Do realinhamento dos componentes desses subprocessos originou a categoria central e modelo teórico, denominado - entre a segurança e a insegurança no restabelecimento da independência funcional do idoso, após fratura de fêmur: família, religiosidade e reminiscência como apoios para a superação. Ao analisar o modelo teórico à luz do Interacionismo Simbólico verificou-se a suscetibilidade desse idoso à queda seguida de fratura, associada a invisibilidade mental desses eventos, enquanto não se materializaram. Pode-se levantar, também, os símbolos que indicaram a vulnerabilidade desse idoso no processo de reabilitação, perpassando desde o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar. Esses símbolos foram: morosidade de serviços de urgência e emergência em diagnosticar a fratura, mediante a demanda de usuários que perpassavam a capacidade de atendimento desses serviços e o despreparo de profissionais na avaliação clínica, agravada pela precarização de serviços de apoio radiodiagnósticos; espera por avaliações que dependiam da disponibilidade de outros profissionais e da realização de exames complementares, assim como, de vagas, concomitantemente, no Centro-Cirúrgico e UTI e de insumos para a realização do procedimento com segurança; comunicação prejudicada com a equipe de saúde da UTI; falta de paciência e de respeito ao corpo da pessoa idosa durante os procedimentos realizados pela equipe de saúde; não atendimento às necessidades básicas de higiene, auxílio na mobilização e alívio da dor; não preparo do binômio idoso dependente-cuidador familiar para a transição hospital-domicílio; desprovimento de atenção domiciliar ao binômio idoso dependente-cuidador familiar por equipes da ESF. Um dos símbolos que traduziram condição de segurança no contínuo da experiência transcorreu no cenário centro-cirúrgico, quando a equipe decidiu que o idoso permanecesse consciente e informado sobre sua sobre sua evolução clínica-cirúrgica. Por fim, o estudo não só sinaliza as fragilidades da rede de atenção à saúde do idoso, nessa situação específica, mas também, oferece sugestões que possam subsidiar a planificação municipal de humanização na atenção à saúde do idoso, em cumprimento às Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em todos os níveis de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Fraturas de fêmur. Dependência. Reabilitação.

ABSTRACT

CARVALHO, C. J. A. The experience of the elderly with hip fracture. Botucatu, 2013. 160p. Thesis (Doctorate in Public Health) – Medical School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

This is a qualitative approach in research conducted in the city of Londrina, Paraná, Brazil, to understand the experience of the elderly with post-surgical hip fracture, and proposes a theoretical model that represents it. The theoretical saturation was configured by analyzing the ninth non-directive interview type. They were audio taped, transcribed and analyzed according to the steps of the Grounded Theory, from July through November, 2011. From this analysis, four sub processes emerged: surprising himself with the fracture; moving between security and insecurity in hospitalization; encountering the iniquity of the network of care for dependent elderly and family caregivers; overcoming at home the loss of independence supported by the family, religiosity and reminiscence. Realignment of these sub-components originated the central category and theoretical model, called - between security and insecurity in restoring functional independence of the elderly after hip fracture: family, religion and reminiscence as support to overcome. By analyzing the theoretical model in the light of Symbolic Interactionism the susceptibility of the elderly fall followed by fractures was verified associated with mental invisibility of these events, while not materialized. Symbols that indicated the vulnerability of this elderly in the rehabilitation process, passing from the pre-hospital care, hospital and home can also be mentioned. They were: slow service and emergency in diagnosing the fracture upon user demand aspects that exceed the service capacity of these services and the lack of preparation of the professional in clinical evaluation, exacerbated by precariousness of radiology support services; waiting for assessments that depended on the availability of other professionals and other examinations, as well as vacancies, concomitantly, in the Surgical Center and ICU and inputs to perform the procedure safely, impaired communication with the health care team in the ICU, lack of patience and respect for the body of the elderly during the procedures performed by the health team, not meeting the basic needs of hygiene, mobilization and aid in pain relief, not preparation binomial dependent elder-family caregiver for hospital-home transition; dismissal of the binomial home care-dependent elderly family caregiver by the Family-Health Strategy teams. One of the symbols that translated security condition in the continuum of the experience in the surgical center scenario was when the team decided that the elderly was to remain aware and informed about his clinical-surgical condition. Finally, the study not only indicates the weaknesses of the network of health care for the elderly, in this specific situation, but also offers suggestions that can subsidize the municipal planning humanization of health care for the elderly, in compliance with the National Health Policy of the Elderly, at all levels of care.

PALAVRAS-CHAVE: Elderly. Femur Fractures. Dependency. Rehabilitation.

RESUMEN

CARVALHO, C. J. A. La experiencia del anciano con fractura de fémur. Botucatu, 2013. 160p. Tesis (Doctorado en Salud Pública) – Facultad de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

Se trata de pesquisa en el abordaje cualitativo conducida en la ciudad de Londrina, Paraná, Brasil, para comprender la experiencia del anciano postquirúrgico con fractura de fémur y, proponer un modelo teórico que la represente. La saturación teórica se configuró por medio del análisis de la novena entrevista del tipo no directiva. Estas fueron audio grabadas, transcritas en su totalidad y analizadas segundo los pasos de la Teoría Fundamentada en los Datos, de julio a noviembre de 2011. Surgieron cuatro subprocesos: sorprendiéndose con la fractura; moviéndose entre la seguridad y la inseguridad en la hospitalización; encontrándose con la iniquidad de la red de atención del anciano dependiente y al cuidador familiar; superando en el domicilio la pérdida de la independencia apoyado en la familia, en la religiosidad y en la reminiscencia. De la reordenación de los componentes de esos subprocesos originó la categoría central y modelo teórico, denominado - entre la seguridad y la inseguridad en el restablecimiento de la independencia funcional del anciano, tras la fractura de fémur: familia, religiosidad y reminiscencia como apoyos para la superación. Al analizar el modelo teórico a la luz del Interaccionismo Simbólico se verificó la susceptibilidad de ese anciano a la caída seguida de fractura, asociada a la invisibilidad mental de esos eventos, mientras no se materializaron. Se puede levantar, también, los símbolos que indicaron la vulnerabilidad de ese anciano en el proceso de rehabilitación, propasando desde el atendimento pre hospitalario, hospitalario y domiciliar. Esos símbolos fueron: lentitud de servicios de urgencia y emergencia en diagnosticar la fractura, mediante la demanda de usuarios que propasaban la capacidad de atendimento de esos servicios y la falta de preparación de profesionales en la evaluación clínica, agravada por la precariedad de servicios de apoyo radiodiagnósticos; espera por evaluaciones que dependían de la disponibilidad de otros profesionales y de la realización de exámenes complementares, como también, de vacantes, concomitantemente, en el Centro-Quirúrgico y UCI y de insumos para la realización del procedimiento con seguridad; comunicación perjudicada con el equipo de salud de la UCI; falta de paciencia y de respeto al cuerpo de la persona anciana durante los procedimientos realizados por el equipo de salud; no atendimento a las necesidades básicas de higiene, auxilio en la movilización y alivio del dolor; no preparación del binomio anciano dependiente-cuidador familiar para la transición hospital-domicilio; falta de atención domiciliar al binomio anciano dependiente-cuidador familiar por equipos del ESF. Uno de los símbolos que tradujeron condición de seguridad en el continuo de la experiencia transcurrió en el escenario centro-quirúrgico, cuando el equipo decidió que el anciano permaneciera consciente e informado sobre su evolución clínica-quirúrgica. Por fin, el estudio no solo señala las fragilidades de la red de atención a la salud del anciano, en esa situación específica, como también, ofrece sugerencias que puedan subvencionar la planificación municipal de humanización en la atención a la salud del anciano, en cumplimiento a las Políticas Nacionales de Salud de la Persona Anciana, en todos los niveles de atención.

PALABRAS CLAVE: Anciano. Fracturas de Fémur. Dependencia. Rehabilitación.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIOISCAL	Comitê de Bioética da Irmandade da Santa Casa de Londrina
CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPPAC	Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISCAL	Irmandade Santa Casa de Londrina
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PADA	Programa de Atendimento ao Acamado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNPI	Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Descrição dos idosos com fratura de fêmur. Londrina, 2012	67
QUADRO 2	Exemplo de codificação aberta dos dados	72
QUADRO 3	Exemplo de Categorização Axial	73
QUADRO 4	Categorias, Subcategorias e Elementos que integram o processo da experiência do idoso acometido por fratura	82
QUADRO 5	Ações sugeridas à atenção do binômio idoso com fratura de fêmur-cuidador familiar, no município de Londrina, segundo as diretrizes operacionais para os pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão	134

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Diagrama representativo do modelo teórico: movendo-se entre a segurança e a insegurança no restabelecimento da independência funcional do idoso após fratura de fêmur: família, religiosidade e reminiscência como apoios para a superação 119

SUMÁRIO

O DESPERTAR PARA O TEMA	18
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO	23
1.1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	23
1.1.1.1 A QUEDA: PRINCIPAL MOTIVO DE FRATURA EM IDOSOS	28
1.1.1.2 DEFININDO FRATURA DE FÊMUR E ASPECTOS DA CIRURGIA	31
1.1.1.3 A ASSISTÊNCIA PRESTADA NO PÓS-OPERATÓRIO	32
1.1.1.4 RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS NA ALTA E TRANSIÇÃO PACIENTE/HOSPITAL/DMICÍLIO	33
1.1.1.5 VALORIZANDO O AUTOCUIDADO	35
1.2 O CUIDADOR FAMILIAR.....	36
1.2.1 CUIDANDO NO DOMICÍLIO PARA EVITAR SITUAÇÕES DE RISCO	39
1.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	40
1.3.1 COMPROMISSOS GOVERNAMENTAIS RELATIVOS À ESF.....	44
1.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO	45
2 PESQUISANDO O ESTADO DO CONHECIMENTO DO IDOSO DEPENDENTE E O CUIDADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	48
3 OBJETIVOS	57
3.1 OBJETIVOS GERAIS	58

4 REFERENCIANDO TEORIA E MÉTODO	59
4.1 CONCEITUANDO A PESQUISA QUALITATIVA E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESTE ESTUDO	60
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	61
4.2.1 ESF LONDRINA: OPERACIONALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO	62
4.3 ATORES PARTICIPANTES	64
4.3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
4.4 ESTRATÉGIA E COLETA DE DADOS	68
4.4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	68
4.5 OPTANDO PELA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	71
4.6 CONCEITUANDO O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESSE ESTUDO	74
4.6.1 CONCEITUANDO A FAMÍLIA E O DOMICÍLIO SEGUNDO O INTERACIONISMO	78
4.6.2 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO	79
5 DESCOBRINDO A EXPERIÊNCIA INTERACIONAL IDOSO – FRATURA DE FÊMUR	80
5.1 IDENTIFICANDO O PROCESSO DA INTERAÇÃO	81
5.2 DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL	114
6 DISCUSSÃO	120
7 CONSIDERAÇÃO FINAIS	138

REFERÊNCIAS	142
--------------------------	------------

APÊNDICE

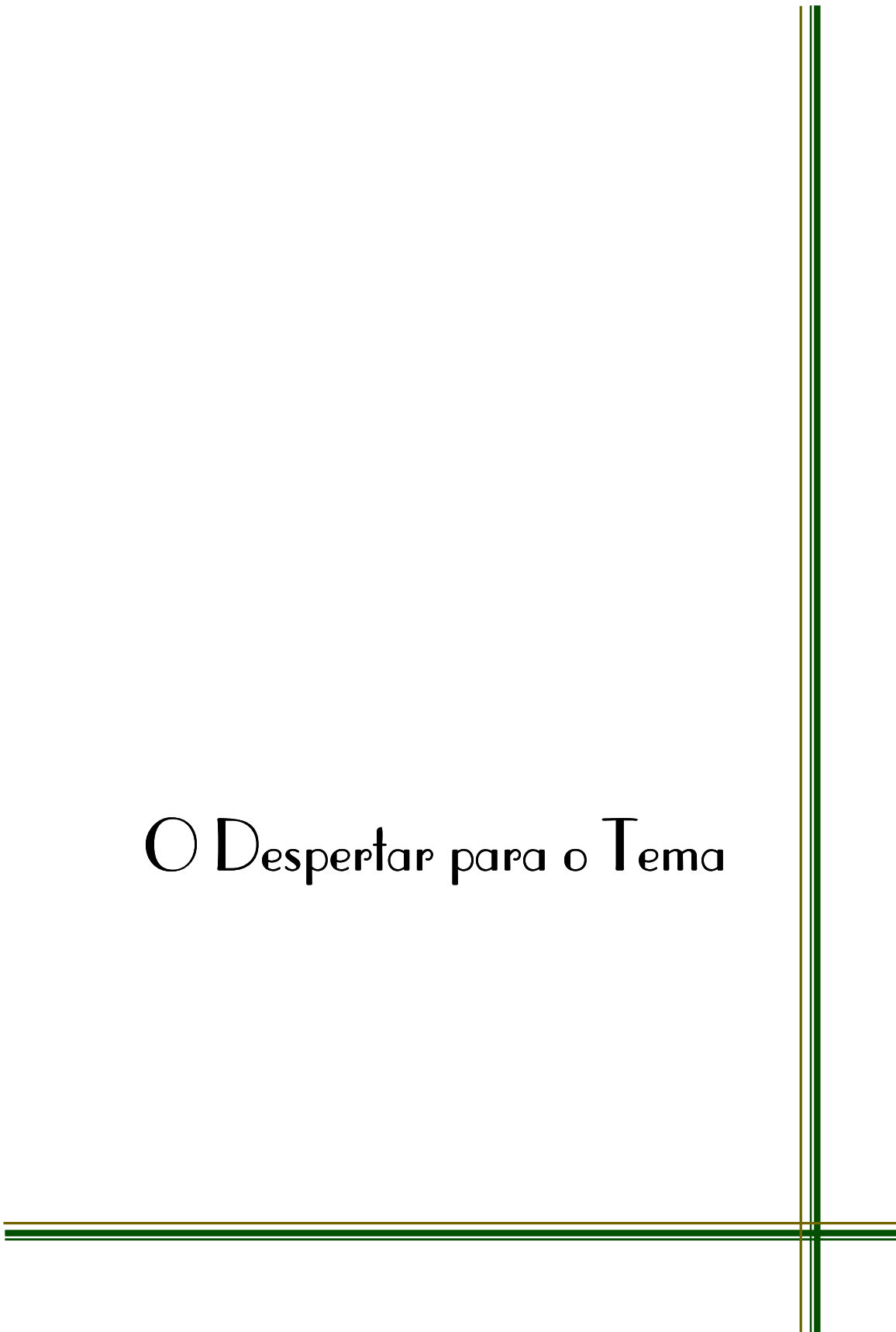
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	156
--	------------

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA DA SANTA CASA DE LONDRINA	159
--	------------

ANEXO B – APROVAÇÃO DA ALTERAÇÃO DO TÍTULO DA TESE	160
---	------------

O Despertar para o Tema



Na condição de enfermeiro e de docente de Enfermagem, nosso olhar vem sendo direcionado aos pacientes idosos, cujo número tem aumentado rapidamente em muitos países, conforme demonstram as estatísticas atuais. Por isso, começamos apresentando nossa trajetória e alguns pontos que nos levaram a refletir sobre as pessoas dessa faixa etária, pontos os quais são a engrenagem propulsora para o desenvolvimento deste trabalho.

Em 1996, após concluir o curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, viemos para Londrina em busca de ampliar o horizonte profissional e a fim de construir a própria história. A inserção no mercado de trabalho ocorreu em 1997, quando recebemos o convite para atuar como professor em uma escola técnica da cidade denominada Centro Integrado de Ensino. A Professora Diretora Vergínia Mariane, por quem temos grande respeito e admiração, concedeu a oportunidade de atuarmos como docente, apesar da incipiente prática. Devemos a ela a oportunidade de uma variada e produtiva experiência como professor, com início em apenas uma turma, ministrando a disciplina básica “Higiene e Profilaxia”, mas alcançando catorze turmas nos diversos cursos técnicos, cuja diversidade abrangia várias disciplinas da área de saúde, enriquecendo muito o currículo e o conhecimento como docente.

Concomitantemente, atuamos em centro cirúrgico como enfermeiro e em cidades vizinhas, mas havia a necessidade de aprofundar os conhecimentos na área. Ingressamos, assim, na pós-graduação em Centro Cirúrgico e Central de Material pela Universidade Estadual de Londrina, uma das experiências mais marcantes de nossa vida. Com o passar do tempo, deixamos a assistência na enfermagem e nos dedicamos apenas ao ensino. Recebemos o convite do Centro Integrado de Ensino para atuarmos na coordenação pedagógica do projeto denominado Profissionalização dos Profissionais Trabalhadores da área da Enfermagem (PROFAE), com vistas à capacitação de profissionais técnicos e auxiliares.

Por volta do ano de 2000, ingressamos na Universidade Estadual de Londrina (UEL) como professor colaborador e durante dois anos lecionamos a disciplina relativa a Centro Cirúrgico, entre outras. Trabalhamos e atuamos no

Hospital Universitário da UEL, hospital-escola de referência regional e nacional em educação na área de saúde. Percebemos que o percurso profissional como docente possibilitou um direcionamento para a atenção à Saúde do Adulto, surgindo, então, o interesse em desenvolver estudos e pesquisas com essa população.

Em 2003, iniciamos atividades como docente na Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), trabalhando na docência do curso de graduação em Enfermagem em disciplinas diferenciadas, entre elas, Anatomia Geral, Centro Cirúrgico, Bioética e Geriatria. Embora tenha sido um grande desafio, essa vivência profissional, repleta de aprendizagem, proporcionou importantes subsídios, não só para o exercício da profissão, mas também para a reflexão sobre nossa prática. Isso nos levou a questionar, principalmente, a assistência prestada ao idoso.

Com os discentes, iniciamos um trabalho em casas de repouso e instituições asilares, promovendo assistência e campanhas em parceria com outras instituições de saúde da cidade de Londrina, visando à promoção da saúde do idoso. No mesmo ano, ingressamos no Mestrado da USP de Ribeirão Preto, orientado pela professora Maria Suely Nogueira, no qual desenvolvi a dissertação intitulada “Análise dos Registros de Enfermagem em uma Unidade Cirúrgica de um Hospital-escola”.

O acesso aos registros de prontuários da clínica cirúrgica, à luz das necessidades humanas básicas sempre enfatizadas pela Prof.^a Wanda de Aguiar Horta, revelou muitos vieses e lacunas no teor, na profundidade e nos registros da assistência prestada pelas equipes de saúde aos idosos. Os prontuários mostraram, principalmente, a falta de informações sobre o processo de alta e as orientações aos idosos que realizaram processo cirúrgico, pois os registros de alta simplesmente inexistiam nos prontuários.

Após o mestrado, ainda na UNOPAR, surgiu a oportunidade de atuar no Centro de Pesquisa com o projeto dessa mesma instituição denominado ELLO (Estudo do Envelhecimento da Cidade de Londrina), no qual começamos a desenvolver um estudo intitulado “Levantamento epidemiológico dos idosos dependentes em área de abrangência das equipes de ESF na cidade de Londrina”.

O projeto tinha o propósito de coletar dados mais precisos sobre os pacientes idosos dependentes atendidos pelas equipes de ESF e pertencentes às seis regiões da cidade de Londrina. O trabalho pautava-se na importância e na necessidade de conhecer a realidade desse público, a fim de estabelecer estratégias para a melhoria da qualidade de assistência à saúde dessa população em todas as esferas da atenção primária.

Essa experiência propiciou novas oportunidades, tais como o convite para a docência em pós-graduação em diversas áreas, inclusive em Saúde da Família. Dado o contexto, direcionamos os estudos a aprofundar os conhecimentos acerca do idoso e da saúde coletiva, mais especificamente do ESF, cuja proposta de atendimento constitui um dos avanços mais importantes já implantados pelo sistema de saúde no Brasil. Coroando as boas experiências de cursos e pesquisas na Saúde da Família, recebemos o convite para coordenar um curso de pós-graduação na área Estratégia em Saúde da Família; estreitamos ainda mais o contato com esse campo de estudos.

Posteriormente, em 2010, iniciamos o curso de Doutorado na área de Saúde Coletiva na Universidade Estadual Paulista de Botucatu/SP, UNESP, tendo como base as áreas que se tornaram paixões, o tripé idoso, cirurgia e Estratégia Saúde da Família. Orientado pela professora Silvia Cristina Mangini Bocchi, fomos acolhidos com carinho e apoio indiscutível à ideia, enriquecendo-a com seus conhecimentos e reconhecida competência.

Além disso, no mesmo ano de 2010, ingressamos no Instituto Federal do Paraná como docente de Enfermagem, atividade conciliada com a função de Coordenador do Curso Técnico em Enfermagem, no qual estamos desenvolvendo trabalhos e projetos com a pretensão de atingir todas as esferas das comunidades científicas na área da saúde.

1 Introdução

1.1 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O fenômeno do envelhecimento da população mundial é realidade em todo o planeta. Nas últimas décadas, a China, o Japão e os países da Europa e da América do Norte têm enfrentado um avanço do contingente de idosos em seu contexto socioeconômico e cultural. Isso se deve, hoje, ao declínio da taxa de fecundidade e à diminuição da taxa de mortalidade decorrente das grandes conquistas tecnológicas da medicina moderna (BRASIL, 2006a; ALVES; SCHEICHER, 2011; MARTINS, 2011; MINAYO, 2012). O Brasil também apresentou, nos últimos 30 anos, aumento significativo, absoluto e relativo, do envelhecimento da população no país. De acordo com Minayo (2012), o país ganhou destaque nos estudos populacionais não só pelo contingente de idosos, mas principalmente pela velocidade de crescimento desse segmento.

Os indicadores sociais e demográficos do IBGE têm alertado para a situação de que a faixa etária do País está mudando, o que impõe novas exigências e demandas, especialmente para a saúde pública. Segundo a instituição, o Censo Demográfico de 2010 revelou que a população brasileira alcançou a marca de 190.755.799 habitantes. Esses números mostram que a população aumentou quase vinte vezes desde 1872, ano do primeiro recenseamento realizado no Brasil, quando a população no País era de 9.930.478 habitantes. Os censos seguintes apontaram expressivos índices de crescimento populacional, continuando até a década de 1960, quando diminuíram para 1,17%, praticamente a metade da taxa geométrica de crescimento anual do primeiro para o segundo censo, cujo índice foi de 2,01% (IBGE, 2011).

Fatores como a taxa de fecundidade, incapaz de repor o nível populacional, e os avanços na área da saúde fazem parte da formação desse quadro. No decênio de 1999 a 2009, a porcentagem de idosos relativamente ao total da população passou de 9,1% para 11,3%. O perfil desse segmento compõe-se de maioria mulheres (55,8%), brancos (55,4%) e com a posição de pessoa de referência no domicílio foi (64,1%). À medida que aumenta o envelhecimento

populacional, tornam-se mais importantes a saúde dos idosos e os suportes sociais para atendê-la. Exemplo disso são os dados do levantamento suplementar de saúde realizado pela PNAD 2008, segundo os quais, conforme a pessoa vai envelhecendo, as chances de contrair uma doença crônica aumentam. Essa informação é corroborada pelo índice de 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam não possuir doenças, sendo que para os de 75 anos ou mais de idade, esse índice diminui para 19,7% (IBGE, 2011).

De acordo com tais pesquisas, o envelhecimento isento de doença crônica configura exceção, porém, o fato de o idoso ter uma doença não implica sua exclusão social, pois ele tem o direito de continuar ativo, mantendo sua autoestima e autonomia – são esses fatores que o categorizam como “saúdável” de acordo com estudiosos do tema. Por essa razão, a atenção à saúde dos idosos é fundamental no aumento de tempo de sua autonomia, uma vez que a capacidade funcional do organismo é alterada pelo envelhecimento em si e, portanto, devemos tentar impedir que doenças crônicas acelerem esse processo (MARTINS, 2011).

Cabe ainda ressaltarmos as transformações próprias dos idosos, biológicas, psicológicas e sociais, as quais demandam assistências diferenciadas aos indivíduos. A promoção da saúde do idoso é um ato político de diferentes atores sociais, como gestores, sociedade civil organizada e a clientela de idosos, que, em processo democrático, participativo, devem se articular e negociar em conjunto as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional.

O envelhecimento pode ser caracterizado por um processo multidimensional agregado a uma perspectiva biológica, social, intelectual, econômica, funcional e cronológica (SCHEINEIDER; IRIGARAY, 2008; MARTINS, 2011). Freitas et al. (2011) e Freitas, Queiroz e Souza (2010) lembram que os termos envelhecimento (processo), velhice (fase da vida) e velho ou idoso (resultado final) estão intimamente relacionados. Como base nisso, o Estatuto do Idoso do Brasil (Lei 10.741/2003) determina que as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas, diferentemente de outros países, onde só se considera “idoso” a pessoa com mais de 65 anos.

Scheineider e Irigaray (2008) explicam, em seu estudo, o envelhecimento na sociedade atual como um processo complexo multifatorial, influenciado por variantes de gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individual e coletiva da sociedade. Os autores ressaltam que os aspectos relativos às diferentes idades, cronológica, biológica, psicológica e social, são muito importantes para a compreensão do processo de envelhecimento durante a fase da vida do indivíduo.

Nesse contexto, podemos entender o envelhecimento como o processo biológico e psíquico desencadeado pela passagem do tempo e seus efeitos. No sentido biológico, é considerado uma involução morfofuncional com consequências variáveis para todos os sistemas fisiológicos principais, embora seja perfeitamente possível manter boa qualidade de vida. Em relação aos aspectos psíquicos do envelhecimento, a aquisição de sabedoria que geralmente acompanha esse período representa um grande benefício. Dessa forma, a velhice pode representar uma das melhores fases da vida (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Freitas et al. (2010) acrescentam que o envelhecimento pode ser caracterizado como a ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de estas provocarem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e a longevidade. Em um processo natural, o idoso tem paulatinamente reduzida a capacidade funcional de múltiplos órgãos e sistemas, havendo maior possibilidade de ocorrência de algumas afecções patológicas. Faz-se necessário, pois, abordagem diagnóstica e terapêutica com especial atenção.

A partir desse entendimento, percebemos que o processo de envelhecimento traz alterações anátomo-fisiológicas pertinentes à saúde do indivíduo, tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de doenças e a alterações em seu organismo. Logo, a indicação de procedimentos mais complexos, terapias mais sofisticadas e medicações pertinentes pode amenizar o problema e propiciar melhor qualidade de vida.

Com o aumento da população de idosos, observamos também um crescimento no agravo da saúde por origem multifatorial. Todavia, na mesma proporção, acontece o avanço da alta tecnologia médica e o desenvolvimento

técnico-científico em saúde, especialmente verificados na aquisição dos equipamentos de última geração e no compromisso da atual gestão com a saúde (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Os serviços de saúde para idosos são ofertados conforme o grau de risco de paciente: quanto maior a gravidade do estado do idoso, mais agilidade esperamos de um atendimento, bem como a garantia da qualidade de assistência prestada. Por isso, muitas vezes são indicados procedimentos de alta complexidade como a indicação cirúrgica para reabilitar, recuperar ou melhorar a qualidade de vida do cliente (SCHEINEIDER; IRIGARAY, 2008; MARTINS, 2011).

Tais medidas, especialmente as de caráter cirúrgico, exigem maior atenção, dadas as particularidades dos pacientes em nível anátomo-fisiológico. Entretanto, verificamos na prática que as os cuidados oferecidos diferem pouco de casos de cirurgias em pacientes mais jovens. Menezes (2005) comenta sobre o processo cirúrgico em idosos:

O principal objetivo do tratamento cirúrgico é prolongar a vida. Entretanto, nos pacientes idosos este objetivo deve ser substituído por procurar melhorar ou preservar a qualidade de vida do paciente. Esta mudança fundamental no desejo do resultado do tratamento cirúrgico frequentemente significa melhorar a maneira habitual de abordar um determinado problema (MENEZES, 2005, p. 3).

As alterações do processo de envelhecimento, associadas aos processos patológicos crônicos e às eventuais afecções agudas, contribuem para o aumento de indicações de procedimentos cirúrgicos em indivíduos dessa faixa etária. Oportunamente, o avanço da tecnologia, os progressos de procedimentos cirúrgicos, as melhores condições de anestesia e a possibilidade de monitorização têm favorecido a indicação de cirurgias de grande porte com maior segurança a pacientes idosos. Outro recurso importante é a avaliação pré-operatória minuciosa do idoso, a qual deve ser pautada em um exame físico criterioso da história clínica do paciente, com a finalidade de estabelecer medidas de prevenção de eventos mórbidos, evitar iatrogenias e estabelecer critérios que alertem todas as possibilidades de riscos (VENDITES; ALAMEDA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Para Smeltzer et al. (2011), o princípio básico que direciona a indicação cirúrgica no paciente idoso relaciona-se à avaliação pré-operatória, aos cuidados transoperatórios e ao período pós-operatório, por conta de essa população apresentar menor reserva fisiológica, caracterizada pela capacidade de um órgão de retornar ao normal após um distúrbio em seu equilíbrio. Dessa forma, as doenças preexistentes nos idosos podem influenciar muito o resultado cirúrgico e mesmo a expectativa de vida global. É importante, pois, considerarmos o reconhecimento dos benefícios da indicação cirúrgica, mas também todos os procedimentos a serem realizados e a predisposição do indivíduo, com ênfase no desempenho funcional do paciente (SILVA; FREGONEZI; SILVA, 2012).

De todo o processo cirúrgico, o pós-operatório mostra-se o período mais longo da recuperação do paciente. Frequentemente, a maior parte da convalescença acontece no ambiente doméstico e, muitas vezes, o paciente precisa do apoio de assistência profissional, mas não dispõe de equipamento ou do conhecimento necessário a sua recuperação (CARVALHO, 2005). Destacamos ainda que a recuperação da saúde pode provocar o afastamento do indivíduo de seu trabalho, resultando em alterações de ordem financeira e sociais por um determinado tempo. Assim, tem reduzida sua autonomia individual e estabelece uma dependência ainda maior de familiares ou de cuidadores.

Transpondo essas discussões para o foco deste trabalho, o idoso em situação de fratura de fêmur, o paciente enfrenta uma série de dilemas decorrentes desse período: falta de orientações sobre sua recuperação; dificuldades de sair do leito por causa do evento cirúrgico; dependência do cuidador familiar, sendo que este geralmente cumula serviços pessoais, entre outros; e dificuldade de acesso ao serviço de saúde pela impossibilidade de locomoção.

Tendo isso em vista e considerando o crescente aumento da população idosa, acreditamos ser imprescindível o suporte governamental e o familiar em situações de dependência do idoso. Nessa perspectiva, justificamos este trabalho pela necessidade de avaliar e compreender esse processo com suas causas e/ou efeitos, visto que suas ocorrências tendem a se tornarem cada vez mais presentes. Com esse propósito, como contexto a ser observado, escolhemos

a condição idoso submetido a fratura de fêmur e as consequências do trauma. A respeito desse tema, buscaremos entender como o idoso percebe as situações relativas a tal acontecimento, considerando suas suposições, valores e crenças. Teremos condições, assim, de compreender suas percepções, assim como sua ação frente às situações, oferecendo subsídios para nortear futuras intervenções. Para isso, trataremos de responder à seguinte questão:

□ *“Como se configura a experiência do idoso com fratura de fêmur?”*

1.1.1.1 A QUEDA: PRINCIPAL MOTIVO DE FRATURA EM IDOSOS

Um dos fatores mais importantes de comprometimento da qualidade de vida do idoso consiste na perda de autonomia, isto é, a perda da independência necessária para desempenhar seus afazeres, a partir de eventos indesejáveis como ser acometido por uma queda (MARTINS, 2011). As alterações anatômicas e funcionais produzidas a partir do processo de envelhecimento influenciam sobremaneira na ocorrência de quedas. Essas alterações são traduzidas na composição e forma corporal, diminuição da estatura, perda da massa muscular, diminuição da massa óssea e decréscimo nas habilidades psicomotoras. O conjunto de alterações desestabiliza a postura e afeta o equilíbrio em situações de sobrecarga funcional (GAWRYSZEWSKI, 2011).

O ambiente do domicílio apresenta-se como o local mais frequente de quedas, o que agrava o contexto. Esse fato deve-se a condições como piso molhado, tapetes, chão úmido, tomar banho descalço, entre outros. Recomendamos deixar o ambiente mais seguro para o idoso por meio de colocação de pisos antiderrapantes; manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias, como ceras; retirada de desníveis de pisos e de tapetes; preferência rampas ao invés de escadas; organização dos móveis para deixar as áreas de passagem livres (LOPES; VIOLIN; MARCON, 2007; ALVES; SCHEICHER, 2011).

Também Siqueira et al. (2007) alertam sobre a frequência de quedas em idosos e suas consequências. Os autores defendem que ações preventivas devem ser implantadas por meio de medidas apropriadas que considerem comprometimentos como visão deficiente, capacidade funcional prejudicada e ausência de estimulação cognitiva.

Dados mostram que quase 30% dos idosos caem ao menos uma vez em um ano, sendo que o percentual aumenta de 8% para 78% naqueles que apresentam quatro fatores de riscos ou mais. Características como sexo, idade, perturbações e/ou alterações de equilíbrio e no sentido de propriocepção, déficit visual e auditivo, fraqueza muscular, efeitos colaterais de medicamentos, déficit da capacidade funcional e fatores ambientais, conforme apontado na literatura, configuram os principais riscos de queda durante a idade avançada (COUTINHO;BLOCH; COELI, 2012).

Devido à expectativa de vida da população no Brasil, os traumas geriátricos destacam-se como a sexta causa de óbito no idoso, depois de doenças cardiovasculares, câncer, doenças neurológicas, respiratórias e metabólicas. Tal colocação não é de se estranhar, pois fraturas de quadril representam em média 50% das internações por trauma nos hospitais de pronto-socorro. As estimativas demonstram que cerca de 80% dos casos ocorrem em idosos capazes de andar sozinhos (MARTINS, 2011).

Doenças crônicas também afetam muito os idosos, especialmente a osteoporose, outra causa frequente de traumas ósseos. Entre as fraturas associadas à osteoporose, as que interferem mais fortemente para o decréscimo de qualidade de vida do idoso são as fraturas da extremidade proximal do fêmur. Estas apresentam um índice médio de mortalidade nos primeiros seis meses pós-trauma de 30% e perda da autonomia em cerca de 50% das ocorrências (FREITAS et al., 2011).

A fratura do fêmur causada pela queda é identificada como um dos principais problemas que limitam e diminuem a capacidade do indivíduo idoso. Devido ao fato de ser um evento com múltiplas causas, há dificuldade em

definirmos todos os riscos que levam a uma queda. No entanto, estudos demonstram que o idoso pode apresentar vários fatores de risco simultaneamente, com maior chance de sofrer quedas eventuais do que outros grupos. Por essa razão, a avaliação dos fatores de queda do idoso deve levar em conta seu caráter de multifatorialidade (PEREIRA, 2013).

Em relação ao tratamento, acreditamos ser a agilidade no atendimento cirúrgico o ponto central para a recuperação da fratura de quadril, pois o atraso na cirurgia e na mobilização pode aumentar as complicações decorrentes do repouso prolongado, como infecção do trato urinário, tromboembolismo, atelectasia e úlcera de pressão. No entanto, devemos considerar também que a cirurgia precoce, antes da estabilização clínica do paciente, pode aumentar o risco de complicações perioperatórias (SILVA; FREGONEZI; SILVA, 2012).

O atendimento cirúrgico deve ocorrer, de preferência durante o período de 24 a 48 horas da admissão, isto é, deve ser respeitado o intervalo para a estabilização clínica do paciente e, ao mesmo tempo, é necessário propiciar, logo após a estabilização, o atendimento cirúrgico adequado. Enfatizamos que período de tempo para a cirurgia pode ter consequências indesejáveis, pois o atraso no tratamento cirúrgico causa atraso na mobilização, e conseqüentemente, afeta a recuperação funcional (SMELTZER et al., 2011).

Ademais, a fratura de fêmur pode exigir um prolongado período de tratamento e poder haver complicações, responsáveis em muitos casos pela perda da autonomia, por incapacidade e invalidez. A agilidade no atendimento pode amenizar esses transtornos (CUNHA et al., 2008). Sublinhamos que o tratamento cirúrgico da fratura visa a restabelecer o comprimento, o formato e o alinhamento dos ossos ou articulações fraturadas, restaurando a função anatômica do membro acometido pelo evento (BOWEN, 2007) com vistas à autonomia do paciente.

1.1.1.2 DEFININDO FRATURA DE FÊMUR E ASPECTOS DA CIRURGIA

As alterações ósseas relacionadas à idade aumentam a incidência de fraturas femorais, sendo as mais comuns as sofridas na região do colo do fêmur e na região intertrocantérica. A primeira localiza-se entre a cabeça do fêmur e a chamada linha intertrocantérica, região popularmente conhecida como “pescoço” do fêmur, pois sustenta a “cabeça” do fêmur. A segunda localização comum de fratura é entre a base do pescoço femoral e o trocânter menor e ocorre principalmente entre os idosos devido às quedas e à osteoporose; até uma simples torção pode causar essa fratura (RAMOS; CENDOROGLIO, 2011; ALMEIDA et al., 2012).

Os sintomas de fratura do fêmur são incapacidade de sustentar o próprio peso e de andar, dor na região e encurtamento e rotação externa do membro inferior fraturado após alguma queda. Em poucos casos, o paciente refere dor irradiada para o joelho. O diagnóstico é realizado por meio de exame no quadril e o joelho. Os raios-X revelam grande parte das fraturas de quadril, porém, quando isso não ocorrer, o paciente apresentar sintomas e houver histórico sugerindo esse tipo de fratura, deve ser realizada uma tomografia computadorizada ou uma ressonância magnética (COLEMAN; REILAND, 2013).

O tratamento cirúrgico é a melhor opção para essa ordem de trauma, visto que os riscos para o paciente, em caso de não cirurgia, são maiores por ficar o indivíduo acamado por longo período. A cirurgia permite que o paciente deixe o leito, seja colocado sentado com muito menos dor e possa fazer alguns exercícios, evitando complicações como escaras, problemas respiratórios, atrofia muscular, entre outros (ROCHA; AZER; NASCIMENTO, 2009).

Além disso, uma fratura na região de colo de fêmur precisa ser cirurgicamente reparada ou não ocorrerá de fato a resolução do problema. Em pacientes idosos com setenta anos de idade ou mais, a artroplastia do fêmur geralmente é feita porque permite a deambulação precoce. Fraturas inter e subtrocantéricas são bem tratadas por fixação externa. Os métodos citados permitem ao paciente deambular poucos dias após a cirurgia (ALLEN, 2007).

O local da fratura (colo do fêmur ou região intertrocântica) determina o tipo de cirurgia, e é preciso considerar ainda se há ou não desvio do osso e qual o nível de atividade do paciente. Podem ser usados, como recursos cirúrgicos, parafusos e placas, hastes intramedulares, fixação percutânea com fios e parafusos ou prótese de quadril (artroplastia), mais comuns para idosos (KHAN et al. 2009; LIBRERO et al. 2012; RICCI et al. 2012). A reabilitação no período pós-cirúrgico é realizada de acordo com o tipo de cirurgia, porém, em ambos os casos, osteossíntese ou artroplastia, o paciente, geralmente, sai da cama no dia posterior ao da cirurgia, assistido por um fisioterapeuta. O cirurgião determinará a quantidade de peso a ser apoiada no membro acometido, levando em conta o tipo de fratura e de cirurgia. (ROCHA; AZER; NASCIMENTO, 2009).

1.1.1.3 A ASSISTÊNCIA PRESTADA NO PÓS-OPERATÓRIO

Segundo Smeltzer et al. (2011) e Falavina (2009), os principais cuidados de enfermagem ao idoso no pós-operatório de fratura de colo de fêmur abarcam: o alívio da dor, por meio de medicações analgésicas e antiinflamatórias; a administração de anticoagulantes na prevenção de tromboflebitis e antibióticos, devem ser administrados nas vinte e quatro horas seguintes à cirurgia; a promoção da estabilidade do quadril; observar a cicatrização da ferida; verificar a eliminação normal de urina. O profissional de enfermagem deve também detectar os mecanismos de enfrentamento de estresse e permanecer atento para orientação e tomada de decisão dos procedimentos a serem realizados.

É pertinente lembrar que as principais complicações que podem ocorrer no período pós-operatório são pneumonia, delírio, infecção urinária, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, tromboembolismo, hipertensão, úlcera de pressão, arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio. O risco do tratamento jamais deve ultrapassar o da doença, sendo mais conveniente realizar um procedimento para melhorar a vida do que tentar a cura e provocar risco elevado de sofrimento seguido de morte (SILVA; FREGONEZI; SILVA, 2012).

Outras complicações podem se dar após a cirurgia de fêmur segundo Silveira et al. (2005):

- ▶ **ROTAÇÃO EXTERNA DO MEMBRO OPERADO** — o posicionamento deve ser corrigido, pois, se a rotação externa persistir poderá ser uma subluxação;
- ▶ **DOR AO MOVIMENTO** — apesar de sintoma comum no pós-operatório, deve ser avaliada, pois o mau posicionamento provoca dor;
- ▶ **COMPRESSÃO OU ALTERAÇÃO NO SUPRIMENTO SANGUÍNEO DO MÚSCULO** — provoca intensa dor e pode irradiar para todo o membro;
- ▶ **INFLAMAÇÃO, SECREÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO, HIPEREMIA E HIPERTERMIA** — podem estar relacionados ao tempo cirúrgico elevado e a lavagem e perda de líquido ocorridas durante a cirurgia.

Os conhecimentos relativos às complicações de pós-operatório de fratura do fêmur fornecem subsídios fundamentais para a assistência de enfermagem adequada, bem como servem de suporte para orientações aos cuidadores posteriormente no domicílio. Muitas das complicações podem ser evitadas pelos profissionais que assistem esse tipo paciente (ÁVILA, 2013).

1.1.1.4 RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS NA ALTA E TRANSIÇÃO PACIENTE/HOSPITAL/DOMICÍLIO

O planejamento da alta hospitalar começa durante a avaliação pré-operatória. O profissional deve dispensar tempo para tomar as decisões com vistas ao período pós-alta, prevenindo complicações, reduzindo o risco de reinternações e minimizando o estresse para o paciente e os cuidadores. Deve haver especial consideração no que se refere ao ambiente para onde o paciente irá após a cirurgia. Para o idoso, visando a sua reabilitação e a sua autonomia, pode ser indicado acompanhamento fisioterápico. Outras necessidades também devem ser avaliadas antes de o paciente sair do hospital, orientado e preparando a recuperação domiciliar (BOWEN, 2007)

Em razão dos elevados custos de internações, além do avanço tecnológico e na medicina, o período de hospitalização do paciente tem sido diminuído, significando em muitos casos a ocorrência de uma alta precoce. Desse

modo, a continuidade de cuidados específicos direcionados a pacientes em pós-operatórios de cirurgia de fêmur no domicílio é fundamental, evitando reinternações. Haja vista esse contexto, é necessário que a alta hospitalar obedeça a planejamento e sistematização, garantindo esclarecimentos e orientações para o paciente e para a família (CHUANG et al., 2005).

Andrietta et al. (2011) corroboram esse procedimento e acrescentam que a alta hospitalar deve ser integral e individualizada, de forma a promover ações da enfermagem as quais envolvam a educação em saúde e estimulem o autocuidado. De acordo com as autoras, o enfermeiro deve fazer parte desse processo e tem o dever de realizar o preparo adequado para ensinar e informar pacientes e seus familiares, promovendo a adesão à continuidade do tratamento a fim de garantir a eficácia da alta.

Na prática, no entanto, a orientação da alta hospitalar vem sendo ministrada apenas no momento da saída do paciente do hospital, ou seja, não há esclarecimento e desenvolvimento desse processo com tempo e efetiva atenção ao paciente durante o período de internamento. Todas as orientações são fornecidas em um só momento, oralmente, de forma mecânica e apressada, sem tempo para que o familiar cuidador possa compreendê-las perfeitamente e esclarecer dúvidas, se for o caso. Essa prática é contrária às instruções sobre o tema, encontradas na literatura da área, a qual recomenda cuidados relativos à alta hospitalar e à recuperação a partir de quando o paciente for internado e durante todo o tempo em que este permanecer no ambiente hospitalar (ARAÚJO, 2012).

É inegável a importância do cuidador informal referentemente à continuidade de cuidados necessários no ambiente domiciliar. Da mesma forma, é necessário o estabelecimento de estratégias que facilitem esse processo. Na maior parte das vezes, a alta hospitalar não significa a cessação do tratamento e do cuidados recebidos pelo paciente, mas sim a continuidade do tratamento desempenhado por membros da família e/ou cuidadores, ou mesmo pelo próprio paciente, agora em novo contexto, o domicílio (ANDRADE, 2009).

Por essa razão, tornou-se clara a necessidade de planejamento para a transição hospital/domicílio, e o plano de alta foi efetivamente reconhecido

como parte dos cuidados necessários à saúde do paciente. Por outro lado, devido ao contato mais próximo e constante com o paciente, o enfermeiro tem maiores oportunidades para o processo educativo, desempenhando importante papel, pois cabe a ele identificar as necessidades do paciente e educar os familiares/cuidadores. Outro ponto refere-se à importância do enfermeiro nas orientações aos cuidadores e para enfatizar informações acerca do sistema de referência e contra referência que possa intervir no encaminhamento do paciente a serviços como os oferecidos pelas equipes da estratégia Saúde da Família, com vistas à continuidade do atendimento no domicílio (ARAÚJO, 2012).

1.1.1.5 VALORIZANDO O AUTOCUIDADO

A palavra autocuidado apresenta-se etimologicamente como **auto**, do grego, significa “próprio” ou “por si mesmo”, e **cuidado**, do latim *cogitatus*, significa “pensado, meditado”. Para a área da saúde, essa palavra tem sido utilizada como sinônimo de auto-ajuda, cuidar de si mesmo (Silva et al., 2009). Santos e Sarat (2008) definem que o autocuidado é pertinente à vida, à sobrevivência do ser humano, independentemente de identificação de moléstias ou traumas biológicos, psicológicos, econômicos ou sociais, sendo obrigatoriamente do viver, assim como o aprender a viver, imprescindível à existência digna do homem no mundo.

Dentre as inúmeras atribuições do profissional de enfermagem, está a atenção para o autocuidado do idoso. Segundo o referencial teórico de Dorothea Elizabeth Orem, o termo autocuidado é usado fundamentalmente com o sentido de cuidado de si próprio. Desse modo, o paciente sob os cuidados da área de saúde deve assumir parte das atividades para a promoção de seu bem-estar e saúde, como, por exemplo, a higiene pessoal.

A referida autora afirma que, quando o indivíduo pratica o autocuidado, ele assume um papel ativo em benefício próprio, tornando-se o mais independente possível. Para a autora, quando o indivíduo encontra-se incapacitado para o desempenho de atividades e necessita da ajuda para sua manutenção pessoal, há “déficit de autocuidado”. Nesse caso, diante das peculiaridades de cada

indivíduo e do contexto em que a pessoa se encontra, torna-se indispensável uma avaliação cuidadosa do idoso para identificar suas possibilidades e limitações. Principalmente no que se refere à higiene pessoal, aos cuidados do próprio corpo, esse aspecto está intimamente ligado à autoestima e, portanto, deve ser estimulado (OREM, 1995).

Assim, a assistência de enfermagem deve objetivar restabelecer o paciente à situação de (re)assumir seu próprio cuidado, valorizando seus hábitos e costumes pessoais e respeitando sua individualidade e privacidade. Cabe ainda ao enfermeiro prever e providenciar adaptações, visto que podem ocorrer alterações na coordenação motora as quais dificultem os procedimentos de higiene cotidiana. No entanto, apesar das dificuldades, é importante estimular o idoso preservar tais habilidades e cuidados (MONTEIRO et al., 2008).

1.2 O CUIDADOR FAMILIAR

Ávila (2013) refere que, no contexto da queda seguida por uma fratura, o cuidador passa a ser fundamental no pós-operatório e, principalmente, no incentivo à recuperação da independência funcional desses idosos. O cuidador assume o papel de realizar ou gerenciar os cuidados de higiene pessoal, alimentação, conforto, curativos e de administração de medicamentos. Uma nova rotina passa a fazer parte da vida do binômio cuidador-idoso.

Como lembram Potter e Perry (2009), o cuidador é o responsável pelo cuidado do convalescente, ajudando-o a recuperar a saúde e o máximo nível de função independente possível. As autoras ainda ressaltam o papel do cuidador de suprir as necessidades relativas à saúde do idoso, incluindo medidas da restauração do bem-estar emocional, espiritual e social. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) reforça a importância dos cuidados com o idoso em seu art. 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 1).

Devemos nos atentar ao aumento da demanda de cuidadores, como não podia deixar de ser, proporcional ao envelhecimento da população. Monteiro e Faro (2006) alertam sobre a importância de se conhecer tal figura, que não tem recebido respaldo necessário para suas funções. Dados das autoras em seu estudo sobre idosos fraturados revelam que 41% dos cuidadores investigados não receberam informações sobre os cuidados os quais deveriam prestar. Esses cuidadores apenas tinham o conhecimento de experiências anteriores à fratura do idoso sob seus cuidados, ou mesmo alguma experiência por observação dos procedimentos da enfermagem durante a internação. As autoras comentam ainda o índice de 35% de cuidadores com informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem, destacando o importante papel dessa categoria de profissional de saúde.

No contexto brasileiro, por ser considerado um fenômeno recente, o envelhecimento da população tem suscitado inúmeros estudos sobre a saúde/doença do idoso. No entanto, Fonseca (2008) alerta para a escassez de estudos visando especificamente ao idoso em pós-operatório com fratura de fêmur, seu cuidador e as implicações decorrentes dessas circunstâncias, inclusive a necessidade de suporte emocional, social, econômico e técnico. O pequeno interesse sobre o tema, como acredita a autora, contribui para o aumento do índice de readmissões hospitalares, uma vez que não são previstas as necessidades de tal relação. Outro aspecto importante é determinar de forma clara as funções a serem atribuídas ao cuidador, restringindo sua atuação às atividades para os quais o idoso esteja incapacitado, incentivando o convalescente ao desempenho de tarefas para o qual é capaz.

Lembramos que, em casos de o cuidador não ser membro da família, é importante a adoção de princípios relativos a discrição, respeito e acatamento às características peculiares da família com que o profissional convive. Dessa forma, a preparação dos cuidadores deve amparar-se nos seguintes princípios, segundo Pinto et al. (2006):

1. A essência da condição humana pode ser representada pelo “cuidado humano” ou o “autocuidado”. Quando o cuidado é

prestado a outro, é realizado em bases temporárias e circunstanciais, suprimindo um determinado momento de impossibilidade daquele que recebe o cuidado;

2. No decorrer do processo de “cuidar do outro”, principalmente em relação ao idoso, o cuidador vivencia uma experiência de aprendizagem, a qual proporciona descobertas e crescimento recíprocos. Esse contato íntimo e humano potencializa capacidades e possibilidades insuspeitas tanto do idoso, quanto do cuidador. O idoso poderá apropriar-se do autocuidado ao conscientizar-se de sua capacidade;

3. Devido às suas qualidades especiais, o cuidador caracteriza-se pelo amor à humanidade, concretizado em ações de solidariedade e de doação, em voluntariados em áreas para os quais tem vocação. Os cuidados que disponibiliza são pautados pela ajuda, apoio humano, afetividade e compromissos.

Souza, Wegner e Gorini (2007) denominam de “cuidadores leigos” as pessoas prestadoras de cuidados sem formação profissional e as quais não recebem remuneração por seu trabalho. Porém, Maffioletti et al. (2006) distinguem os cuidadores formais e informais. Para as autoras, de maneira geral, os cuidadores informais abrangem os familiares, enquanto os cuidadores formais são profissionais, entendidos como nova categoria decorrente da perspectiva centrada na atenção ao idoso e a suas necessidades e bem-estar.

Conceição (2010 p. 85) acrescenta que:

O cuidador informal – é aquele que presta cuidado no domicílio com ou sem vínculo familiar e que não é remunerado. [...] O cuidador formal - é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana, unindo-o à sua família e aos serviços de saúde ou da comunidade. Esse trabalhador geralmente é remunerado pela função que exerce (CONCEIÇÃO, 2010, p. 85).

A autora observa ainda que o cuidador formal pode ser considerado instrumento e meio para a realização das atividades diárias do idoso, ministração de medicamentos orais, auxílio na deambulação e na mobilidade, organização do ambiente, proporcionando segurança e conforto, uso e manipulação de dispositivos e equipamentos, aconchego físico e psíquico e também estimulação para o relacionamento com outras pessoas e participação em recreações e atividades sociais. Além disso, esse profissional tem uma função essencial: monitorar sinais vitais, reconhecer sinais de alerta e prestar socorro caso necessário.

1.2.1 CUIDANDO NO DOMICÍLIO PARA EVITAR SITUAÇÕES DE RISCO

No espaço domiciliar, é imprescindível a compreensão dos mecanismos de equilíbrio das funções corporais na contribuição da manutenção da saúde. É fundamental que o idoso e seu cuidador tenham noções sobre funções do corpo humano, mecanismo das principais doenças e a capacidade de adaptação diante de fatores limitantes, redução de custo em busca de melhores condições de saúde e da qualidade de vida e promoção de princípios e valores os quais privilegiem o bem-estar em todas as dimensões da família (BELO HORIZONTE, 2004).

Por isso, cuidadores devem receber treinamento apropriado, que envolva todos os aspectos envolvidos na questão. Deve ser estimulado e desenvolvido o sentimento de eficácia da recuperação e do atendimento prestado pelo cuidador para a garantia do bem-estar do idoso por meio de diversas atividades. Uma delas é a higiene pessoal, devendo o profissional realizar a limpeza do corpo e da boca, do vestuário e dos objetos que o idoso usa no dia-dia. A higiene do ambiente também é importante, devendo ter cuidado com o espaço reservado ao idoso, geralmente o seu quarto de dormir. Além disso, a alimentação deve ser orientada pelo cuidador, seguindo estas dietas e recomendações indicadas, estimulando e auxiliando a alimentação e, se necessário, preparando os alimentos.

O cuidador precisa estar atento, ainda, às medicações do paciente, a fim de administrar os medicamentos por via oral e os que devem ser aplicados na

pele nos horários indicados pelo médico e de acordo com as suas instruções. Quanto às atividades físicas, o cuidador deve apoiar o idoso em caminhadas e em outros exercícios recomendados por profissionais especializados. Outras atividades, como compras de alimentos, medicamentos e objetos de uso diário, também podem ser realizadas pelo cuidador, quando essa tarefa houver sido combinada com a família.

Acompanhar o idoso é outra função do cuidador, bem como conversar sobre assuntos de seu interesse, assistir à televisão, ajudar em trabalhos manuais, acompanhá-lo a festas, cerimônias religiosas, consultas médicas, exames, idas ao banco, entre outros. Ademais, o profissional deve incentivar o idoso a descobrir tudo o que gosta de fazer, a tomar decisões, a cooperar com algum trabalho, a manter a prática de autocuidado, além de apoiar e estimular a vida social de modo a permanecer ativo e participativo para sentir-se valorizado, preservando a autoestima. O convívio deve ser incentivado pela comunicação, socialização por meio de convívio, recreação e lazer (BELO HORIZONTE, 2004, POTTER; PERRY, 2009).

1.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O aumento no número de idosos acarretou a necessidade de discussões e providências sobre o atendimento para essa população. Tendo isso em vista e com o objetivo de concretizar na prática os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), foi constituído pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Mais tarde, consolidado e de caráter permanente, recebeu a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF pode ser considerada um modelo de APS – Atenção Primária à Saúde da população –, o qual visa a substituir o modelo de atenção a saúde tradicional, voltado às ações, principalmente, de princípios preventivos (BRASIL, 2007). Tal estratégia tem a finalidade de reorganizar a assistência, pautada nos critérios de uma abordagem humanizada, provocando reflexos em todos os serviços do sistema de saúde. A proposta foi considerada como a principal

estratégia de atenção primária com uma nova organização no modelo de promoção da assistência familiar (BRASIL, 2002).

Segundo Costa Neto e Silvestre (1999), essa modalidade de atendimento exige o conhecimento minucioso da realidade das famílias sob os cuidados das equipes, englobando fatores físicos, mentais e sociais, inclusive a prevalência de problemas locais para antecipar situações de vulnerabilidade individual ou coletiva. Fica evidente, assim, que o sentido de iniciativa e tomada de decisão é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de ações embasadas nas observações realizadas, as quais devem resultar em uma prática que agregue conhecimento científico e humanização da saúde. Dos profissionais é exigida atenção especial ao idoso, abordando suas mudanças físicas, identificação de alterações patológicas e prevenção dos fatores de risco específicos para essa faixa etária. Afinal, como consta no Caderno de Atenção Básica direcionado para a atenção à pessoa idosa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

[...] a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p.11).

O foco dessa estratégia é considerar a família como núcleo de ação do programa de saúde, ampliando a estratégia anterior que só visava ao indivíduo (BRASIL, 2006b). A ESF fundamenta-se em uma postura de intervenção em saúde ativa, isto é, adianta-se no atendimento, sem esperar ser procurada para realizar suas intervenções. Nesse sentido, a interação entre serviço de saúde e usuário ocorre de forma antecipatória, preventiva, o que permite um melhor equacionamento da demanda, além de haver integração com a comunidade e a possibilidade da atenção integral, expandindo intervenções centradas apenas nos âmbitos médicos e biológicos (BRASIL, 2006b).

Verificamos, com a implementação da ESF, o interesse dos órgãos governamentais na produção e na otimização dos serviços em saúde, ao atribuir aos profissionais maior participação na responsabilidade dos serviços prestados e a

instituição do cuidado integral à família. Considerando esse contexto, a ESF pode ser entendida como a prática de atendimento à saúde inserida no espaço domiciliar e familiar, consistindo em promover, proteger e recuperar a saúde usando a integração familiar como principal instrumento (BRASIL, 2006b; BUFON; RODRIGUES, 2005).

A Saúde da Família, segundo Brasil (2009), fundamenta-se no seguinte conceito:

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009, p.1).

Como podemos ver, a principal característica desse novo modelo de assistência é a prática de visitas ao domicílio realizadas pela equipe de saúde da família. Essa forma de atendimento é concretização da política nacional que determina à ESF a realização do cuidado em saúde da população adstrita no âmbito dos serviços, no domicílio e outros espaços comunitários (BRASIL, 2006b).

De acordo com Oliveira e Tavares (2010), a atuação das equipes de ESF constitui-se espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, devido a sua proximidade com a comunidade e à atenção domiciliária possibilitar a contextualização na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde.

Segundo Carvalho, Assunção e Bocchi (2010), estudos mostraram concordância entre os autores, referentemente à inadequação ou à ausência de estrutura para essa proposta de atendimento.

[...] falta de estrutura física adequada e instrumentalização material no atendimento ao idoso, seja nas unidades básicas, seja no domicílio, devido aos recursos orçamentários inadequados às manutenções das necessidades de pessoas incapacitadas e com perdas funcionais (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010, p. 1318)

Para os autores, a ausência de monitoramento da população idosa dificulta a eficiência e a agilidade no atendimento por meio da criação de políticas acessíveis e adequadas ao processo de envelhecimento. Contudo, o modelo da ESF possui melhor desempenho se comparado ao modelo tradicional de assistência à saúde. Os autores ainda identificaram a falta de adesão do idoso e de apoio dos familiares na continuidade ao tratamento e a priorização de atendimento para idosos acamados, não se realizando a prevenção e promoção da saúde.

Além disso, o estudo apontou a necessidade de melhorias no gerenciamento de cuidados por meio de planejamento adequado e a falta de capacitação específica no atendimento ao idoso em suas complexidades e peculiaridades e oferta de profissionais habilitados para essa finalidade. Consoante os autores, faz-se necessária a inserção de novas tecnologias para a capacitação dos profissionais, mas preservando a unicidade e singularidade da assistência e integralizando as ações em uma abordagem multidimensional e interdisciplinar.

Todavia, isso não é possível sem a formação necessária de profissionais preparados para o entendimento dos processos naturais e mesmo dos patológicos que acometem o indivíduo na velhice. Dentre esses profissionais, o enfermeiro tem papel fundamental a desempenhar no atendimento às necessidades inerentes ao processo de envelhecimento. Em virtude disso, a formação de enfermeiros, além dos processos físicos do envelhecimento, deve contemplar o desenvolvimento da sensibilidade relativa às características e às peculiaridades do idoso, as quais envolvem mudanças sociais, físicas e emocionais (OLIVEIRA TAVARES, 2010).

Para esse propósito, frisamos que o trabalho realizado pela ESF oferece informações valiosas sobre o contexto da realidade vivenciada pelo idoso, beneficiando a eficácia do tratamento e estabelecendo o vínculo com o sistema de saúde. Enfatizamos ainda a sensibilização desse tipo de cuidado nos profissionais de saúde, que veem essa atuação em uma dimensão maior do que apenas uma tarefa a ser executada. Isso se deve à proximidade com o dinamismo e a complexidade da vida humana, suscitando reflexões sobre seu fazer e seu papel na prestação de cuidados (SAKATA et al., 2007).

1.3.1 COMPROMISSOS GOVERNAMENTAIS RELATIVOS À ESF

Com a criação dos ESF pelo Ministério da Saúde, a intenção era reorganizar as atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família, por meio da assistência integral dentro das especialidades básica de saúde, em uma área de abrangência delimitada com suporte de serviços de referência de saúde para os níveis de maiores complexidade. O objetivo era proporcionar o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, ao incentivar a organização da comunidade e buscar o aprimoramento da participação e do controle social da população na área de saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Nesse arranjo da assistência, a UBS tem a função de concentrar a operacionalização, e a ESF é estruturada por meio de uma lógica própria, obedecendo à necessidade de garantia de atenção contínua e a manutenção dos vínculos entre serviços de saúde e a população (SAKATA et al., 2007). Dentre os profissionais que atuam nas equipes de ESF, podemos destacar a atuação do enfermeiro, direcionada à gestão e à organização do processo de trabalho, caracterizado pela aproximação do cuidado, como elemento chave na condução do processo de atenção indivíduo enfermo.

Destacamos, com base em Brasil (2006b), as atribuições específicas do enfermeiro. A esse profissional cabe programar as visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cabe a ele ainda realizar a assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares dela permitirem ou assim o exigirem.

Também é incumbência do enfermeiro supervisionar e desenvolver ações para a capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa. Sobretudo, o enfermeiro deve entender e buscar a conscientização de que o envelhecimento é um processo natural, sem que isso signifique descuidar das patologias que podem acompanhar esse processo.

1.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO

Em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso foi elaborada a fim de preencher a necessidade de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso. Essa política tem como pressuposto que o principal problema para o idoso, efeito da evolução de enfermidades e de seu estilo de vida, refere-se à perda de sua capacidade funcional, necessária para a realização de suas atividades básicas. A partir dessa perspectiva, Brasil (1999, p. 21), sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelece:

[...] como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p.21).

Para a concretização da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram determinadas as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e incentivo a estudos e pesquisas relativas a essa faixa etária (BRASIL, 1999).

Mais tarde, o Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI), criado em 19 de Outubro de 2006, estabeleceu como prioridade manter a autonomia e promover a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais para este fim em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS). O Programa, considerando os idosos frágeis, aqueles que sabidamente estão em situação de incapacidade funcional e dependente, sugere o estabelecimento de atendimento domiciliar e a prevenção de complicações conforme previsto no Estatuto do Idoso.

O Estatuto, de 2003, já havia regulamentado, em relação ao idoso independente, que compete aos gestores fornecer ações de prevenção e promoção

de saúde, reabilitação, prevenção e atenção básica e social. Em sintonia com tais disposições, o PNPI tem como parâmetro que a atenção à saúde do idoso deve ser efetivada à luz da Estratégia Saúde da Família, cuja competência é de intervenções as quais auxiliem na qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2006a).

Com relação à abordagem ao idoso, Silvestre e Costa Neto (2003, p. 844) afirmam que o ESF, de acordo com seus princípios básicos:

[...] aponta para as abordagens das mudanças físicas e identificação precoce das alterações patológicas. Destaca ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco que as pessoas idosas estão expostas no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos ou de seus familiares.

Para dar corpo a esse novo modelo, entre as várias ações projetadas no ESF e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliárias, promovidas pelas equipes de saúde da família. Na política nacional direcionada ao ESF, cada equipe deve realizar o cuidado em saúde da população adstrita, tanto no âmbito dos serviços, como do domicílio e demais espaços comunitários (BRASIL, 2006b).

Sobre a atenção básica ao idoso, Silvestre e Costa Neto (2003) explicam que as ações das equipes da ESF nos domicílios são voltadas para a assistência integral, contínua e humanizada, requerendo medidas especiais com o intuito de melhoria na qualidade de vida e da promoção de saúde também na identificação dos agravos mais frequentes e sua intervenção. A atuação dos profissionais devem conter ainda estratégias de ações de reabilitação voltadas à recuperação do estado de enfermo do paciente, respondendo às suas reais necessidades e mantendo o idoso o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras. Lembramos que, na assistência do idoso no domicílio deste, inclui-se também o familiar cuidador, o qual deve estabelecer relações com o profissional do ESF a fim de obter conhecimento para auxiliá-lo no cuidado estabelecido.

Em seu estudo com pacientes idosos, Nunes e Portella (2003) observaram, na prática, que os cuidadores não têm sido orientados e preparados

pela equipe de ESF no cuidado ao idoso. A proposta dos autores é que profissionais do ESF transformem as visitas domiciliares em momentos de aprendizagem, capacitando os cuidadores, melhorando a qualidade de vida dos idosos e, principalmente, construindo sua cidadania no contexto familiar.

Cunha e Sá (2013), em seu estudo, descreveram que, por meio da visita domiciliar pelas ESFs, podemos distinguir as potencialidades de apreensão da realidade. Dessa maneira, conhecemos a condição de vida e trabalho dos sujeitos, o que subsidia o planejamento das ações para atender de forma adequada a saúde da população em sua dimensão singular. Prioritariamente, deve ser estabelecido equilíbrio entre usuário e profissional da saúde, direcionando a construção de um plano de saúde para cada sujeito e sua vida.

Nesse cenário, propomos o desenvolvimento desta pesquisa, no intuito de compreender de forma mais específica a experiência do idoso com a fratura de fêmur em recuperação, período que requer uma atenção especial não só dos familiares, mas, também, dos profissionais que atuam na atenção básica a esta população. A atuação desses profissionais em situações como a enfocada neste trabalho, no cerne das políticas públicas e concretizada por meio de estratégias de atendimento, proporciona a integralidade, a universalização e a humanização na Saúde, fato este que é uma das conquistas mais importantes no Brasil (BRASIL, 2006a).

2 Pesquisando o Estado do
Conhecimento do Idoso
Dependente e o Cuidado:
uma Revisão de Literatura

A fim de conhecer o desdobramento da experiência do idoso dependente e o contexto de seu cuidado, realizamos uma revisão de literatura, com ênfase para artigos nacionais e internacionais encontrados nos últimos 11 anos (2000 a 2011). A revisão é necessária para ter acesso ao panorama de pesquisa sobre idosos em estado de dependência assistidos por cuidador em suas necessidades. Segundo Lakatos e Marconi (2001), o estudo de revisão literária tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com o material já produzido sobre determinado assunto, visando ao reforço paralelo na análise dos estudos do pesquisador ou na manipulação de suas informações.

Fizemos levantamento bibliográfico sobre a temática em questão por meio de busca em duas bases de dados, Medline (National Library of Medicine) e Scielo (Scientific Eletronic Library On-line), e busca manual em livros e periódicos do acervo da biblioteca do Instituto Federal do Paraná. A seleção da amostra deu-se no período de março a setembro de 2011, e os descritores utilizados para a base dados no idioma português foram *idoso, envelhecimento, dependente e cuidador*; em inglês, os descritores foram *aged, aging, caregiver, dependent*.

Os critérios de inclusão utilizados consideraram as publicações de abordagem científica que contivessem a experiência do idoso dependente tendo as suas necessidades atendidas por um cuidador familiar ou de instituição de saúde. Buscamos publicações que mostrassem os benefícios e dificuldades do cuidado em toda a sua extensão. Quanto aos critérios de exclusão, não foram incluídas na revisão de literatura as publicações fora do período determinado da coleta, os resumos indisponíveis on-line e publicações sobre o cuidado de doenças crônicas degenerativas e em instituições asilares.

Foram encontrados, no total, 503 artigos. Após seleção prévia de leitura de resumos e *abstracts*, selecionamos oitenta artigos, e destes vinte e dois foram lidos integralmente. Os trabalhos evidenciaram um panorama geral do idoso dependente, bem como as características principais que norteiam o cuidado no processo de convalescência do idoso. A revisão por nós empreendida tem a pretensão de apresentar características importantes as quais envolvem o cenário do idoso dependente e de seu cuidador.

O envelhecimento da população, como fenômeno relativamente recente e irreversível que é, tem ocasionado interesse cada vez maior por parte dos serviços de saúde. Como a condição de dependência do idoso acamado exige a presença de um cuidador que o auxilie tanto nos procedimentos relativos à saúde, como nas atividades comuns da vida diária, tal configuração deve ser levada em conta pela assistência de saúde no contexto domiciliar.

O conceito de “cuidar” consiste na atenção à saúde da pessoa humana e diz respeito ao seu estado de bem-estar social, físico e psíquico. Além de procurar a cura das doenças, o cuidado engloba o apoio e o uso de medidas paliativas nos casos em que a cura não é possível e a preservação da dignidade da pessoa humana (BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005). Como o envelhecimento populacional ocorre em muitos países, têm sido desenvolvidas diferentes formas de apoio e cuidados: em alguns países o Estado é o maior suporte para o idoso; em outros, as famílias assumem a responsabilidade principal (CREUTZBERG, 2000; KARSCH, 2003).

Em muitas sociedades, os indivíduos mais velhos têm baixa prioridade comparativamente a outros grupos etários. Por conta disso, em diversos grupos sociais, os cuidados geriátricos não estão ainda desenvolvidos. Todavia, com o aumento nos índices de envelhecimento populacional, a questão do idoso vem se destacando cada vez mais, desafiando a fragilidade dessas estruturas (HOSPERS, CHALINE; CHEMALI, 2007).

Nesse contexto, entre o Brasil e outros países, há em comum o fato de que os idosos dependentes são apoiados por uma ou mais pessoas da família, principalmente mulheres, moradoras no mesmo domicílio e cuidam de maridos, pais e irmãos (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005). Por essa razão é importante enfatizar que a assistência domiciliária beneficia não apenas o idoso, mas contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida da família. Assim, um trabalho em conjunto com o cuidador familiar, instituindo uma sistematização de tarefas que promovam a saúde, previna incapacidades e ofereça manutenção da capacidade funcional do idoso e do seu cuidador, evita situações

de isolamento e segregações em hospitais, asilos e outros (CREUTZBERG, 2000; BRASIL, 2003).

A família é considerada o ambiente natural do ser humano, e é nesse contexto que revelamos nossas características mais íntimas e pessoais, por meio de nossos defeitos e qualidades. Assim, quando a dependência surge, a família é a principal instituição de apoio (SALGUEIRO; LOPES, 2010). Desse modo, o relacionamento do idoso com a família é fundamental principalmente na fase de vida em que há dependência física e psicológica. Fatores como as diferentes necessidades do idoso dependente e a disponibilidade da família para realizar o cuidado afetam a todos do núcleo familiar (JEDE; SPULDARO, 2009).

Nessa situação, o apoio ao cuidador e a educação em saúde são importantes recursos para auxiliar e orientar nas mais diversas situações, inclusive porque, devido à capacidade funcional reduzida, surge também a insegurança emocional. O medo do envelhecimento, o preconceito e a discriminação podem agravar esse quadro e, segundo Smeltzer et al. (2011), os mitos relativos ao envelhecimento podem ser superados apenas pela compreensão e pelo respeito ao indivíduo como pessoa.

O ambiente familiar, percebido como o local de maior segurança e proteção, transforma a família no principal agente de cuidado, sendo apontada por Caldas (2003) como a alternativa predominante no sistema de suporte informal aos idosos. A atual população idosa faz parte de uma época na qual os valores familiares definiam o cuidado dos doentes como uma honra e algo a ser realizado no núcleo familiar, em razão de sua estrutura e potencialidades próprias. Essa afirmação vem ao encontro do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), para a qual a saúde e a doença são avaliadas de acordo com o nível de bem-estar físico, psíquico e social, tornando impossível excluir o contexto familiar dessa caracterização (LEME; SILVA, 2002).

Porém, quando na organização familiar não há recursos materiais e/ou humanos para o cuidado ao idoso dependente, além da inadequação, insuficiência e ineficácia dos cuidados, pode haver situações de violências e maus-tratos. Para coibir fatos assim, os programas de saúde para idosos devem realizar

um acompanhamento efetivo, pois, muitos idosos não possuem assistência familiar de acordo com suas necessidades (CALDAS, 2003). Além disso, Karsch (2003) adverte sobre a necessidade de se considerar as mudanças sociais e econômicas que estão causando alterações na estrutura familiar brasileira e no tradicional papel do cuidador de idosos.

As necessidades da família envolvem recursos materiais, emocionais e também informações, além de uma rede de suporte para os cuidados, unindo a família aos serviços de apoio e meios para manter a qualidade de vida aos cuidadores, conforme Caldas (2003). No que se refere ao cuidador familiar, a necessidade do outro está em primeiro lugar e, por estar tão envolvido no atendimento dessas necessidades, acaba esquecendo-se de cuidar de si; muitas vezes ele próprio pode estar em condição de fragilidade e vulnerabilidade.

Para Gonçalves et al. (2006), a rotina do cuidador familiar pode ser exaustiva e comprometer sua integridade física. Dentre os motivos os quais contribuem para uma pessoa se tornar cuidadora está a obrigação moral fundamentada em fatores culturais e religiosos, a condição conjugal, a ausência de outras pessoas com disponibilidade para cuidar do idoso e até dificuldades financeiras, como é o caso de filhos que cuidam dos pais em troca do sustento.

Há diversas alterações no cotidiano da família quando um idoso perde a independência, uma vez que alguém deve assumir as funções de cuidador. Como não há um treinamento preliminar para essa situação, ao contrário do cuidador profissional, o cuidador familiar aprende por meio de erros e acertos, sofrendo, muitas vezes, o medo de não desempenhar o cuidado de forma adequada (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005). O processo de cuidar do idoso pode causar ainda, para o cuidador, depressão, cansaço e conflitos com o marido/esposa (GONÇALVES et al., 2006).

Nakatani et al. (2003) entendem que a identificação das condições sócio-econômico-culturais dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado, atendidos no Estratégia Saúde da Família (ESF) — no caso do estudo em Goiânia, Goiás —, favorece os profissionais da área no planejamento e implantação de programas voltados à realidade do idoso e seus cuidadores. Os

autores ressaltam que o problema vai além de uma questão de saúde, pois envolve os familiares e, particularmente, os cuidadores informais, acarretando uma situação complexa. As equipes de Saúde da Família precisam conhecer o perfil dos sujeitos envolvidos nestas circunstâncias. Por outro lado, o crescimento do atendimento em domicílio deve ter a preocupação de não aumentar a carga de cuidados nos domicílios, atentando para a qualidade dos cuidados e para as conseqüências que podem resultar deste tipo de abordagem (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Conforme evidencia Oliver (2005), no caso específico da fratura do fêmur, esta é a razão mais comum para o idoso ficar acamado, e o aumento de sua incidência está associado com alta morbidade, mortalidade, perda de função para os indivíduos e encargos importantes para a saúde e assistência social. Como essa condição resulta de quedas e fragilidade óssea, ela é um indicador de comorbidade subjacente e requer um atendimento planejado e multidisciplinar.

Dados do Reino Unido, como afirma o referido autor, sugerem que os resultados são melhores quando há coordenação entre médico e assistência interdisciplinar disponível. A pesquisa enfatiza também que essa assistência oferece auxílio para lidar com as famílias dos pacientes. A vantagem desse modelo indica sua possibilidade de gradualmente substituir os modelos tradicionais de atendimento ortopédico. O autor menciona ainda a importância da abordagem holística, centrada em estratégias as quais visem à economia de saúde em sua totalidade.

Devido ao aumento do interesse sobre a configuração idoso/cuidador e assistência domiciliar ortopédica e geral, alguns aspectos têm interessado a estudiosos. Os principais são a mensuração entre a percepção do cuidador e a observação direta do profissional da área da saúde relativa às atividades cotidianas de idosos em programa de assistência domiciliária. Interessante a percepção desses pesquisadores da importância da sintonia entre uns e outros (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Estudo de Clemow e Seah (2006) demonstrou que o trabalho multidisciplinar e colaborativo melhorou o atendimento e os resultados para pacientes com fratura de fêmur em um Hospital Geral no Reino Unido. O artigo

demonstra a importância do foco no paciente e da gestão do cuidado colaborativo voltado para o regresso ao domicílio. Os resultados mencionam a constituição de eficientes equipas multiprofissionais de saúde nas quais os pacientes são o centro do cuidado e a necessidade de se redesenhar papéis profissionais para atender as novas necessidades do trabalho.

O objetivo do estudo mencionado foi demonstrar que as mudanças na assistência influenciaram os resultados dos pacientes e atenderam as exigências de modernização no Reino Unido por meio de algumas ações específicas. Primeiramente, é essencial a formação de um serviço que atenda as necessidades do paciente no todo. Em segundo lugar, deve se realizar o mapeamento da jornada do paciente na prestação de serviços. Em terceiro, é importante a gravação de dados para avaliação dos resultados.

Estudos mostram que o conceito de *home care* envolve cuidados de saúde de longo prazo da enfermagem, qualificados, realizados em um ambiente doméstico, assim, sua oferta pode aumentar a probabilidade de que os idosos podem viver de forma independente (ENGELHARDT; GREENHALGH-STANLEY, 2010). Para Bentur (2001), devido à expansão do hospital em casa nos países ocidentais, políticos e gestores financeiros estão investigando as causas para o fenômeno e analisam se “hospital em casa” é uma alternativa à hospitalização, por razões de contenção de custos e qualidade do atendimento. O autor afirma que as razões para a expansão do atendimento domiciliar médico não são apenas econômicas. Embora certo número de estudos examine a eficácia de custo deste serviço, não existe consenso sobre a questão.

Na verdade, o crescimento deste serviço parece estar relacionado a uma série de outros fatores: o aumento do número de pessoas idosas e doentes crônicos, a falta de disponibilidade e acessibilidade dos serviços de internação, inovação tecnológica, melhorias no padrão de vida e, ainda, a preferência de alguns pacientes por serem tratados em casa. Portanto, o contexto de hospital em casa deve ser examinado não como um serviço independente, mas como parte de um *continuum* de serviços, com o sistema hospitalar em uma extremidade e serviços comunitários, no outro extremo.

Em um estudo transversal, foram exploradas e comparadas as opiniões de idosos em cuidado domiciliar e de seus cuidadores profissionais em relação à assistência prestada, e a coordenação do cuidado foi vista de forma positiva. Entretanto, os resultados mostraram que a troca de informações entre equipe de saúde, cuidadores e parentes próximos ainda precisa ser desenvolvida (ELORANTA et al., 2010).

Freitas et al. (2011) realizaram um estudo de caso com o objetivo principal de compreender a construção do cuidado no Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) de uma unidade básica de saúde (UBS) em Porto Alegre, RS. Os dados foram obtidos em 13 grupos de cuidadores na UBS. Foi realizada análise das práticas discursivas, inspirada nos conceitos de discurso de Foucault e nos estudos sobre ética e sobre o cuidado de si. Para tanto, os cuidadores ocuparam um espaço chamado metaforicamente de “Oráculo de Delfos”, no qual foi oferecido acolhimento, escuta e suporte. Os diálogos entre equipe e cuidadores apontaram a contradição do discurso institucional que, simultaneamente, estimula o cuidado de si e dita normas e deveres, causando tensão entre o cuidado como direito de cidadania e o cuidado como submissão e dependência.

O Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) atende às demandas específicas dos cuidadores de usuários acamados. Uma das atividades consiste em um espaço de encontro entre equipe de saúde e cuidadores familiares. O estudo menciona o conceito de “governamentalidade”, a necessidade de cuidar de si mesmo para ser capaz de cuidar do outro. A esse respeito, verificamos na literatura que uma das principais características das equipes de assistência em saúde é operar como dispositivos abertos, ou seja, determinados de acordo com os encontros que vivenciam (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Outro aspecto na pesquisa dos autores com o PADA foi verificar de que forma a equipe de saúde, pacientes e cuidadores vivenciam o cuidado. Os autores mencionam o aspecto contraditório do reconhecimento da equipe de saúde. Alguns cuidadores a definiram como “presente e atuante”, porém houve críticas e reivindicações referentes a atendimento melhor e de maior assiduidade. Esse

desagrado gerou, inclusive, uma carta para o diretor da UBS com queixas sobre a alteração da periodicidade da visita domiciliar a seu familiar, levando a equipe a refletir sobre a necessidade de considerar não apenas o estado do acamado, mas também as disponibilidades e possibilidades do cuidador. Amparados por Franco (2006), Floriani e Schramm (2006), os autores entendem que:

Essa capacidade de reflexão da equipe como constitutivo do processo de trabalho, a escuta, os espaços intercessores que vingam das relações, o trabalho vivo em ato enquadram o PADA como tecnologia leve e leve-dura, centrada nos conhecimentos, sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades e com capacidade de encontrar linhas de fuga à normatividade (FREITAS et al., 2011).

A falta de interação entre os profissionais de saúde e os cuidadores dos idosos é um fator que dificulta o acesso às medidas de promoção à saúde, o que favorece a vulnerabilidade dos idosos. Esse problema exige atenção especial do enfermeiro no sentido de adotar modelos assistenciais que envolvam estratégias educativas para a promoção da saúde do idoso e sua qualidade de vida, estimulando sua participação e autocuidado (MONTEIRO; LUZ, 2006).

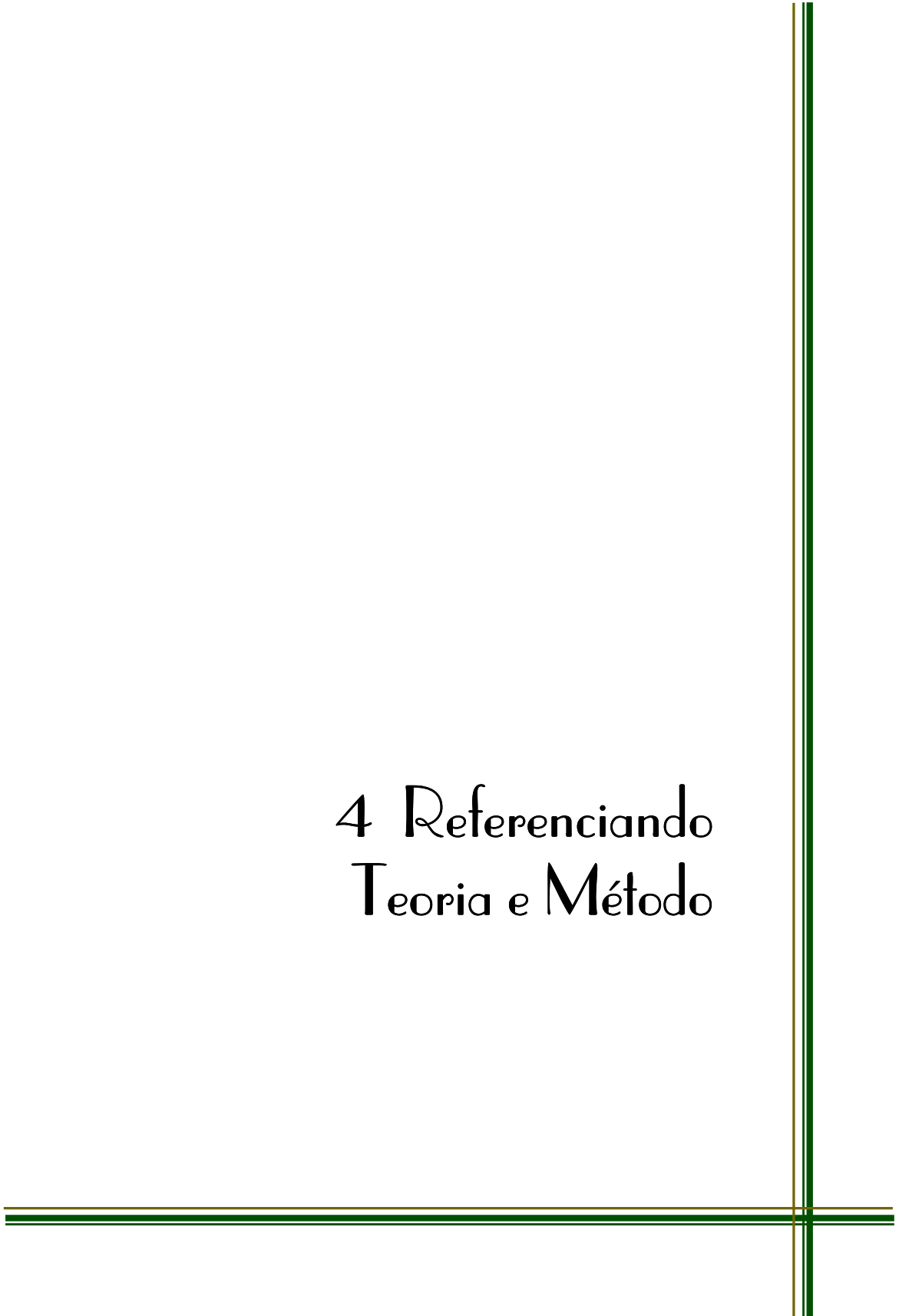
3 Objetivos

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- ▶ Compreender a experiência do idoso com a fratura de fêmur.

- ▶ Propor um modelo representativo da experiência vivida na configuração formada pelo idoso com a fratura de fêmur.

4 Referenciando Teoria e Método



4.1 CONCEITUANDO A PESQUISA QUALITATIVA E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESTE ESTUDO

De acordo com os objetivos da pesquisa, que visa à compreensão da experiência vivenciada pelo idoso com a fratura de fêmur, a abordagem qualitativa apresenta-se a mais apropriada para a concretização desse estudo. O enfoque qualitativo apreende objetos e pessoas em situação natural, investigando seu sentido e a interpretação de fenômeno por meio dos significados que possuem para as pessoas, bem como estuda ações e relações humanas (POLIT; HUNGLER, 2003; MINAYO, 2004).

O método qualitativo é indicado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou quando se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, esse tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte deste (FIELD; MORSE, 1985).

Field e Morse (1985) explicam que as abordagens qualitativas são indutivas, isto é, hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, quando o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno e, então, retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para esse período de tempo.

Para desenvolver a investigação qualitativa, Lüdke e André (1986) revelam que o pesquisador passa por três fases, exploração, decisão e descoberta. A fase de exploração envolve a seleção e definição do problema, determina o local onde será feito o estudo e estabelece os contatos para a entrada no campo. Nessa etapa inicial, também se encontram as primeiras observações com a finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados. Esses primeiros questionamentos orientarão na coleta de dados e na formulação de hipóteses, que poderão ser modificadas à medida que mais dados forem coletados. A segunda fase descreve a busca sistemática dos dados selecionados, como os

mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. Os tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta de dados.

A terceira fase consiste na exploração da realidade, ou seja, na tentativa de encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Além disso, os fatores não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador, não são passados a ele, e este não os enfrenta isento de seus princípios e pressuposições, ou seja, sem sua visão de mundo. Interrogando os dados, baseado no conhecimento que tem do assunto, vai se construindo o conhecimento sobre o fato pesquisado. Nessa fase, o pesquisador desenvolve teorias num processo indutivo de todo o estudo.

Nos estudos qualitativos em Enfermagem, o Interacionismo Simbólico destaca-se como referencial para pesquisas de Enfermagem cujo foco é a família (ANGELO, 1997). Por sua vez, a Teoria Fundamentada nos Dados, a partir dos significados emersos da interação social, objetiva apreender e compreender fenômenos e/ou eventos de acordo com a perspectiva dos participantes (GLASER; STRAUSS, 1967).

Diante do exposto, a opção pela metodologia qualitativa para este trabalho emergiu a partir da necessidade de compreender a percepção de idosos acerca da sua experiência com a cirurgia de fêmur e da carência de estudos sob essa perspectiva.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Londrina, onde se deu nossa pesquisa, localiza-se no norte do estado do Paraná e está distante 379 km de sua capital, Curitiba. Possui uma área total de 1.650,809 km² e temperatura média anual de 20°C (LONDRINA, 2013a). Segundo o censo do IBGE (2011), a população londrinense é 511.278 habitantes, a segunda cidade mais populosa do Paraná e a quarta maior cidade do Sul do Brasil. Reconhecida como importante centro regional, suas

atividades desenvolvem-se no comércio, serviços e agroindústrias. Sua região metropolitana, da qual é sede, possui 801.756 habitantes.

A cidade teve sua origem a partir da Companhia de Terras Norte do Paraná, empreendimento de Simon Joseph Fraser e Lord Lovat, cujos conterrâneos ingleses, ao observarem a névoa sobre a mata da região, acharam-na parecida com a névoa de Londres. Denominaram, então, a cidade nascente de “Londrina”. (LONDRINA, 2013a).

4.2.1 ESF LONDRINA: OPERACIONALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO

A história do Sistema de Saúde de Londrina teve seu início na década de 1970, quando foi implantada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) duas Unidades de Saúde em bairros periféricos com a tinham a função de oferecer campo de estágio para estudantes do curso de medicina. Nessa época, por meio da Lei 1639/70, também foi criado o Serviço Municipal de Pronto Socorro (LONDRINA, 2013b).

O modelo de atenção à saúde teve como referencial o modelo de Atenção Primária à Saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata. Sua organização incluiu a inserção de auxiliares de saúde originados da própria comunidade. A intenção era abolir a separação entre a medicina preventiva e a curativa e aumentar a qualidade do atendimento prestando assistência à saúde de pessoas no próprio meio em que viviam. Essa nova concepção ganhou expressão nacional e influenciou de forma positiva o movimento pela Reforma Sanitária.

Mais tarde, na década de 1980, o número de Unidades de Saúde aumentou e alcançou também a zona rural. Entretanto, o rápido crescimento populacional na periferia da cidade, devido à construção de vários conjuntos habitacionais, aumentou a demanda por assistência à saúde, o que acarretou pressão em direção ao modelo anterior médico-curativo (LONDRINA, 2013b).

Outro marco do desenvolvimento do sistema de saúde em Londrina foi a criação da Escola Municipal de Enfermagem de Londrina (EMEL), com o

objetivo de oferecer formação profissional para auxiliares de enfermagem. Serviços de pronto atendimento foram implantados nos anos 1990 para atender a demanda da população nas unidades de saúde do Jardim Leonor, Conjunto Habitacional Maria Cecília, União da Vitória e Centro de Saúde José Belinati. Também importante, a Lei Orgânica Municipal, que criou o Conselho Municipal e o Fundo Municipal de Saúde, por normatização do SUS, data de 1991.

No ano seguinte, a municipalização dos serviços foi consolidada e o agendamento de consultas passou a ser realizado nas Unidades de Saúde, as quais incorporaram os profissionais de saúde do INAMPS e da Secretária de Estado da Saúde. O processo de mudanças foi ainda incrementado pela municipalização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, por meio da medida do governo federal NOB 93. O aumento da oferta de serviços em especialidades foi possível por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMEPAR, que, a partir de 1995, passou a gerenciar a rede especializada do SUS no município e uniu esforços de dezenove municípios da 17ª Regional de Saúde (LONDRINA, 2013b).

Importante destacarmos a implantação, em 1995, do “Programa Médico de Família”, em quatro unidades de Saúde da zona rural. O projeto recebeu a premiação Destaque no Programa Gestão Pública e Cidadania em 1996 pela Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford. A partir disso, o processo de descentralização e de apropriação do papel do município como gestor da saúde configurou-se com a estruturação do Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle - DPPAC, que possibilitou a Londrina a assunção da Gestão Semi-Plena em dezembro de 1995.

Essa forma de gestão propiciou o repasse de todos os recursos da saúde, inclusive os recursos da assistência gerados pelos serviços credenciados do SUS, diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. Com o gerenciamento desses recursos, foi possível a implantação, no ano seguinte, dos Serviços de Internação Domiciliar – SID e de Saúde Mental – “NAPS-CA e CAPS Conviver”, e a inclusão da vacina anti-haemophilus e de medicamentos anti-retrovirais no Programa Municipal de DST/HIV/AIDS.

Com a expansão dos órgãos gestores com fundos e recursos para o investimento na saúde de Londrina, juntamente com apoio do governo do Estado do Paraná, a Secretaria da Saúde implementou o Programa Médico da Família, agora com nova face criando o Programa saúde da família, ampliando a atuação dos profissionais da saúde na área urbana e rural de todo o município vinculados às Unidades Básicas de Saúde, proporcionando assistência para mais de 70% da população de Londrina por meio do trabalho de 93 equipes. Os profissionais médicos realizaram, inclusive, curso de especialização em Medicina Familiar e Comunidades (LONDRINA, 2013b).

Além disso, o PSF ofereceu opções terapêuticas, como saúde bucal, fitoterapia, acupuntura, fisioterapia e ainda o Programa Municipal de Controle da Asma, que reduziu as internações por doenças respiratórias. Mais tarde, em 2004, a Policlínica Municipal contribuiu na contenção dos principais agravos atendidos pela equipe do PSF ao atuar na melhoria da atenção em especialidades, agilizando o fluxo de informações entre as equipes do PSF e as especialidades, bem como possibilitando a discussão de casos, a melhoria da educação em serviço, humanização da assistência e a procura de alternativas para maior resolutividade da assistência, recebendo o Prêmio HUMANIZASUS, “David Capistrano”, do Ministério da Saúde (LONDRINA, 2013b).

4.3 ATORES PARTICIPANTES

Os atores da pesquisa foram nove idosos em condição pós-cirúrgica de fratura do fêmur, sendo que os procedimentos interventivos foram realizadas no período de julho a agosto de 2010. O período da cirurgia se justifica para que a coleta dos dados seja feita nove meses ou mais após o evento, com vistas à melhor recuperação do idoso em seu domicílio.

Inicialmente, para a pesquisa, foi expedida pelo SAME uma listagem de um total de 30 pacientes idosos, os quais estiveram internados na clínica cirúrgica Santa Casa e no Hospital Universitário, em um total de 25 pacientes. Posteriormente, a pesquisa foi direcionada a sete pacientes do primeiro

hospital citado e, em outro momento, agregou mais dois pacientes da segunda instituição. Atingiu, então, a saturação teórica prevista no referencial da Teoria Fundamentada em Dados. Dos atores, três idosos são do sexo masculino e seis do sexo feminino.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: ser morador(a) na área urbana de Londrina, ter acima de sessenta anos, diagnóstico de cirurgia de fêmur e ser paciente atendido pelo SUS. Outro critério foi que, após contato telefônico, era necessário verificar a integridade cognitiva e a capacidade de comunicação do idoso após a explicação e a interação conosco sobre a referida entrevista.

Os critérios de exclusão foram definidos da seguinte forma: ser morador(a) em área rural de Londrina, ser paciente de convênios particulares, não pertencer à faixa etária estabelecida, ter diagnósticos de cirurgias diversas da intervenção no fêmur e apresentar incapacidade cognitiva e de comunicação, para não interferir nos achados da pesquisa e cirurgias fora do período por nós estabelecido. Cabe ressaltar que, os pacientes que não foram incluídos no estudo, não estavam de acordo com os critérios de exclusão ou tiveram óbito no decorrer do período estabelecido pelo pesquisador.

Quanto ao tipo de cirurgia, como já mencionamos, foram incluídos atores submetidos à intervenção de cirurgia ortopédica de fêmur em recuperação no domicílio. A opção pela cirurgia ortopédica de fêmur justificou-se por ser um procedimento que requer longo período de recuperação e por sua indicação ser para restabelecer a funcionalidade dos ossos e permitir que o indivíduo novamente consiga obter movimentos articulares ou parcialmente recuperados.

4.3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA

A partir do agrupamento de informações, foi possível caracterizarmos os atores da pesquisa referentemente aos principais aspectos pertinentes para este estudo. O anonimato foi mantido por meio da atribuição de números a cada um dos participantes. A descrição dos idosos participantes da pesquisa, bem como suas particularidades, são apresentadas a seguir, conforme quadro sinóptico.

QUADRO 1 – Descrição dos idosos com fratura de fêmur. Londrina, 2012.

IDOSO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA MENSAL (SM)*	SERVIÇOS MÉDICOS UTILIZADOS	GRAU DE DEPENDÊNCIA APÓS A CIRURGIA	RECEBEU ATENDIMENTO DO ESF NO DOMICÍLIO
Idoso 1	79	F	C	Prim.	Dona de casa	Não Inf.	SUS	IND.	Não
Idoso 2	62	M	C	Prim.	Caminhoneiro	4 Sal.	SUS	IND.	Sim
Idoso 3	87	F	C	Prim.	Após.	3 Sal.	SUS	IND.	Sim
Idoso 4	70	F	C	1. Grau	Agricultor	3 Sal.	SUS	IND.	Não
Idoso 5	68	M	C	2. Grau	Após.	7 Sal.	SUS	IND.	Sim
Idoso 6	62	F	Sep	Prim.	Após.	5 Sal.	SUS	DEP. PAR	Sim
Idoso 7	72	M	S	Prim.	Após.	2 Sal.	SUS	IND.	Não
Idoso 8	81	F	S	Ens. Fund,	Após.	3 Sal.	SUS	IND.	Não
Idoso 9	80	F	V	Prim.	Após.	4 Sal.	SUS	IND.	Não

SEXO: M – masculino/ F- feminino

PROFISSÃO: APOS.: APOSENTADO

ESTADO CIVIL: C - CASADO/ SOL: SOLTEIRO /SEP - SEPARADO/ V – VIÚVO

ESCOLARIDADE: PRIM – PRIMÁRIO/ ENS. FUND. – ENSINO FUNDAMENTAL/

GRAU DE DEPENDÊNCIA: Ind. Independente/ Dep. Par Dependente parcial

*Em Salário Mínimo Vigente em 2010.

4.4 ESTRATÉGIA E COLETA DE DADOS

4.4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Antes do início da pesquisa, tomamos as devidas providências legais e éticas. O projeto foi submetido ao Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina — BIOISCAL, processo número CEP 360/10 — CAAE: 0021.0.083.000-10, com aprovação em 09 de novembro de 2010, segundo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (Anexo A). Posteriormente, foi realizada junto ao CEP uma justificativa da alteração do título do projeto de pesquisa para finalizar a tese (Anexo B). Assim, após os trâmites necessários, a estratégia de coleta e análise de dados foi implementada de acordo com as fases a seguir apresentadas.

□ FASE I — CONTATO COM OS HOSPITAIS

Os dois hospitais incluídos na pesquisa são terciários, de grande porte, e foram receptivos à solicitação de cooperação para o desenvolvimento da pesquisa. Permitiram acesso à listagem de idosos cirúrgicos com fratura de fêmur, informando idade, tipo de cirurgia, nome e número do telefone. O Hospital 1, Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HURNPR), cujos objetivos são exercer o ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, é o maior hospital público do Norte do Paraná, atendendo pacientes de 250 municípios do Paraná e de mais outras cidades.

O HURNPR atua com capacidade para 294 leitos e atende todas as especialidades médicas. Possui equipamentos de alta tecnologia e situa-se no Centro de Ciências da Saúde (CCS), realizando o atendimento ambulatorial no campus da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A média de internações é de 1000 por mês e 71.900 atendimentos no Pronto Socorro, 9.100 atendimentos ambulatoriais e 600 cirurgias por mês. Sua comunidade hospitalar é formada por

1.650 funcionários, incluindo docentes das áreas de enfermagem, medicina e fisioterapia (HURNPR, 2003).

O Hospital 2, Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL), pioneiro em serviços hospitalares em Londrina, possui 415 leitos divididos em seis unidades de atendimento: são três hospitais (Santa Casa de Londrina, Hospital Mater Dei, Hospital Infantil Sagrada Família), o Centro Ambulatorial, Centro de Diagnóstico e o Centro de Educação Profissional *Mater Ter Admirabilis*. A ISCAL é uma entidade filantrópica que firmou convênio com o SUS, mas também presta atendimentos particulares. A entidade é parceira da Prefeitura de Londrina na implantação do ESF. Atualmente, a ISCAL está em plena expansão, com a construção de um novo bloco com capacidade para 185 leitos.

☐ FASE II — CONTATO COM OS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os atores da pesquisa foram convidados a participar mediante explicação detalhada da pesquisa e de seus propósitos, sendo assegurados a todos os participantes a confidencialidade e o anonimato das informações que viessem a ser disponibilizadas. Após as informações e esclarecidas eventuais dúvidas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes (Apêndice A). As entrevistas com os idosos foram agendadas com antecedência segundo a melhor conveniência para o entrevistado em seu domicílio.

☐ FASE III — OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

O período da coleta dos dados ocorreu de julho a novembro de 2011. De acordo com os critérios incluídos no estudo e o com agendamento prévio via telefone, iniciamos a série de visitas programadas conforme a disponibilidade do idoso. A entrevista decorreu de forma não-estruturada, e teve como questão de partida a seguinte questão: “Conte-me como foi / é a sua experiência em relação ao cuidado com sua cirurgia no domicílio”.

Em momento posterior, em seguida às primeiras respostas dos sujeitos, fizemos perguntas que provocavam uma ampliação da resposta original,

em busca de maiores detalhes, explicações ou mesmo aprofundamento do tema. Essas perguntas são denominadas por Wright e Leahey (2009) de questões circulares, pois se direcionam às informações originadas do próprio participante e contribuem para a compreensão da experiência vivenciada. Cabe ainda acrescentarmos que as questões circulares, de acordo com sua nomenclatura, estabelecem um movimento circular ao gerar novas respostas e novas perguntas (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

Minayo (2005, p. 91) relata que as “[...] entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”. Além disso, durante a entrevista, surge a oportunidade para que o observador possa se envolver com a situação que é seu objeto de estudo. Isso porque lhe é dado conhecer a perspectiva dos atores e testemunhar seus movimentos, suas motivações e suas experiências, apreendendo os significados atribuídos às suas ações e à realidade que o cerca (MINAYO, 2004).

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela na qual o informante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2005). Após a realização de cada entrevista, as narrativas foram gravadas em arquivos MP3 e transcritas literalmente após os encontros. Seu conteúdo foi mantido em sigilo e sob nossa guarda e da orientadora e serão destruídas após a conclusão do trabalho.

As gravações cessaram após a saturação teórica das narrativas das entrevistas para categorização e codificação dos dados. Os códigos de mesmo significado foram agrupados, e desse agrupamento surgiram as categorias derivadas, conforme descrição anterior do referencial metodológico da TFD. Contudo, é importante destacarmos que, conforme afirmam Strauss e Corbin (2008), ainda que a fundamentação em dados seja a principal característica desse percurso metodológico, é necessário levar em conta a criatividade dos pesquisadores, afinal “[...] a análise é a interação entre os pesquisadores e os dados [...] e constitui ciência no sentido de manter certo grau de rigor e por basear a análise em dados” (p. 25).

A análise dos dados foi realizada de acordo com o método da Teoria Fundamentada nos Dados, tendo como orientação as estratégias básicas para a formação de categorias, como apresentado a seguir.

4.5 OPTANDO PELA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A teoria Fundamentada nos dados — TFD — (*Grounded Theory*) é um método cuja finalidade é conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando a inter-relação entre os significados e ação. Segundo os idealizadores da *Teoria Fundamentada*, Glaser e Strauss (1967), essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa que proporciona meios de conceitualização para descrever e explicar.

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, com o qual o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, pois as categorias começam a emergir dos dados.

Esse processo é descrito por Glaser e Strauss (1967) como amostragem teórica: o pesquisador decide quais dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, visto que o número de sujeitos ou situações a integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica. Isso significa que, quando as informações começam a ser repetidas, dados novos ou adicionais não são mais encontrados.

Nessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de uma sensibilidade teórica, a qual permite ao pesquisador uma percepção dos significados dos dados e, a partir daí, a elaboração da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Um dos requisitos básicos para o desenvolvimento dessa sensibilidade

teórica é o pesquisador iniciar seu trabalho de campo sem preconceitos prévios, com o intuito de estar aberto às informações da coleta dos dados.

Dentre os componentes que emergem dos dados, estão as categorias. Segundo Strauss e Corbin (2008), são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise. As fases da análise dos dados, conforme as autoras (2008), são:

- ▶ **CODIFICAÇÃO ABERTA:** o passo inicial, uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistirá em quebrar os dados em pequenos pedaços; e cada um deles representará um incidente específico ou fato. Para isso, os dados serão analisados linha por linha e parágrafo por parágrafo, buscando-se incidentes e fatos. Cada incidente será codificado como um conceito ou abstração do dado. Um exemplo de análise pode ser visualizada no Quadro 2.

QUADRO 2 – Exemplo de codificação aberta dos dados.

ENTREVISTA	CÓDIGOS
<p>Que eu tenho sempre sabe? Aí eu levei <u>um tombo na cozinha é... Tropeçando e caí meio de lado</u>, na hora pensei... <u>Pensei que eu fosse levantar, porque eu já havia caído várias vezes, né, e nunca aconteceu nada nada</u>. Aí eu <u>senti uma dor e tentei levantá e não pude</u>. Aí nisso meu sobrinho vinha chegando, aí ele falou: “-Ei Tia, que aconteceu?” Caí. “-Então tenta levantá.” Acho que eu não consigo. Aí não consegui mesmo. Aí <u>imediatamente ele ligou pro SAMU... SAMU veio, pegou e levou para o hospital</u>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sofrendo um tombo na cozinha; ▪ Revelando que tropeçou e caiu de lado; ▪ Pensando que não iria levantar-se; ▪ Revelando que, em outras quedas, nunca aconteceu nada; ▪ Tentando levantar, mas sem conseguir pela dor que sentiu no local; ▪ Sendo atendida pelo sobrinho; ▪ Vendo o sobrinho ligar para o SAMU; ▪ Vendo o SAMU vir levá-la ao hospital;

- **CODIFICAÇÃO AXIAL:** uma vez identificadas as categorias, será efetuada nova comparação, dessa vez entre elas, o que determinará uma melhor estruturação do conceito. Desse modo, ocorrerá um processo de redução das categorias e, por meio de comparação, será identificada a ideia que melhor explicará o fenômeno daquele grupo de categorias. Serão identificadas as categorias e seus componentes (subcategorias e elementos). No Quadro 3, pode ser visualizado um exemplo de categorização Axial:

QUADRO 3 – Exemplo de Categorização Axial

CÓDIGOS	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sendo difícil ficar parado para uma pessoa que trabalhava e andava a cidade inteira como fiscal de saúde (I5.1). ▪ Sendo difícil se acostumar com a nova rotina de ter de ficar só em casa, da cama para o sofá e do sofá para a cama (I5.1). ▪ Revelando ter sido a morte a nova rotina para alguém que tinha a vida muito ativa (I5.1). 	Sentindo-se recluso e dependente

- **CODIFICAÇÃO SELETIVA.** Uma vez identificadas as categorias e seus componentes, passaremos a ordená-las de maneira a identificar uma que será central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionarão. Para chegar a ela, serão elaborados esquemas e aplicados aos dados. Será um novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles melhor expressará a experiência do idoso com a fratura de fêmur.

Para discussão do processo que emergiu neste estudo, elegemos o interacionismo simbólico como o referencial que melhor se adéqua à compreensão do modelo teórico, conforme veremos a seguir.

4.6 CONCEITUANDO O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E SUA IMPORTÂNCIA PARA ESSE ESTUDO

O Interacionismo Simbólico é um método científico para a apreensão de conhecimento. Surgido inicialmente nas concepções de George Herbert Mead (1863-1931), essa concepção fundamenta-se na ideia da interação simbólica como formadora da realidade. Seu objeto de investigação consiste em compreender como as pessoas criam significados durante a interação social e como eles se apresentam aos outros e constroem o próprio ego/identidade, estabelecendo seu papel na interação com outros. O centro dessa referencial teórico reside na noção de que as pessoas agem como agem devido ao entendimento e interpretação que fazem das situações.

Para o entendimento dessa concepção, deve-se levar em conta que, desde as épocas mais antigas da história da humanidade, o símbolo sempre foi usado pelo homem para os mais diversos fins. A aquisição da linguagem aprofundou essa relação, pois a linguagem, como símbolo, representa, interpreta e transforma a realidade.

O passar do tempo trouxe maior complexidade e sofisticação na construção de linguagens de inúmeras espécies; na época atual, devido à tecnologia digital, está ocorrendo uma expansão de proporções incalculáveis. Desse modo, sob a perspectiva de que a linguagem não apenas representa, mas interfere na realidade, transformando-a, ou mesmo construindo-a, foram abertas inúmeras possibilidades teóricas e abaladas as crenças do homem sobre si mesmo e o mundo em que vive.

Assim, as ciências da linguagem apontam o interacionismo simbólico como concepção teórica essencial para as pesquisas desenvolvidas sobre esse tema. Sob a perspectiva do interacionismo simbólico, as relações sociais são interações cuja mediação é realizada simbolicamente, a qual “reinventa” o símbolo.

George Hebert Mead considerado o “pai” do interacionismo simbólico (LITTLEJOHN, 1986) por meio de sua concepção teórica compreende a

sociedade humana fundamentada no compartilhamento de sentidos e expectativas comuns. Desse modo, a interação constitui elemento essencial do comportamento, visto que a natureza de seus objetos é simbólica e cabe ao indivíduo, por sua vez, interpretar e simbolizar.

Mais tarde, Blumer (1969), seguidor de Mead, em suas reflexões sobre a natureza da interação simbólica na sociedade e a vida em grupo, identificou três premissas básicas do interacionismo simbólico: **1.** agimos com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para nós; **2.** o sentido é derivado da interação social que estabelecemos com os outros; **3.** os sentidos são manipulados e modificados por meio do processo interpretativo que usamos ao tratar as coisas as quais encontramos. O interacionismo simbólico fundamenta-se essencialmente no sentido das coisas para o comportamento humano, originado do processo de interação entre as pessoas.

Ainda para o autor, a sociedade humana é entendida como uma interação, existindo em ação e constante atividade na qual os indivíduos interagem. O organismo social é constituído de relações simbólicas e seus respectivos significados. Por essa razão, o mundo social está sempre aberto para mudanças e transformações desencadeadas pelas possíveis interpretações realizadas pelos indivíduos. Não podemos, então, deixar de considerar que o entendimento das relações sociais deve abranger não apenas a elaboração da ordem social, mas, principalmente, o como essa forma é entendida, ou seja, o quanto essa ordem é significativa para os indivíduos. Dessa maneira, os seres humanos, como atores sociais, interpretam seus papéis, organizando suas ações de forma significativa, utilizando linguagem para representar e recriar seu mundo, ou seja, construindo-o por meio de significação simbólica.

Para os interacionistas simbólicos, a pesquisa pode ser entendida como uma categoria simbólica surgida da interação e, por esse motivo, elegem como a melhor forma de captação da realidade aquela na qual o pesquisador pode colocar-se no lugar/papel do outro e apreender o seu ponto de vista. Para isso, a teoria interacionista, segundo Silverman (1995) preconiza alguns princípios metodológicos: relacionar símbolos e interação; tomar o ponto de vista do ator;

estudar o caráter situacional da interação; estudar o processo bem como a estabilidade; e generalizar da descrição para a teoria.

As duas principais escolas do interacionismo simbólicos são a “Escola de Chicago” representada por Blumer, e a “Escola de Iowa”, cujo principal representante é Manford Kunh. Blumer (1969) recomenda uma metodologia que busque entender a realidade social por meio de sua característica de processo, a imprevisibilidade do comportamento humano e o *self* e a sociedade em seu aspecto de processo dinâmico, bem como que apreenda a interação simbólica como característica própria dos seres humanos.

Blumer (1969), concordando com Mead, afirmava que as pessoas interagem por meio de um processo interpretativo das ações um dos outros e não apenas como simples reação às ações recebidas. Suas respostas estão vinculadas ao significado dado a tais ações, instituindo os símbolos, seu *self*, sua mente, bem como assumir o papel do outro e as ações humanas, norteando significados específicos como mediadores da interação humana, que serão apresentados a seguir.

☐ SÍMBOLO

O símbolo é o conceito central de todo o Interacionismo Simbólico. Sua ausência torna impossível a interação com os outros. Os símbolos, como objetos sociais, são utilizados na representação e comunicação de algo e tiveram sua origem na interação social. Desse modo, um objeto social pode ser considerado símbolo segundo sua utilidade para representar, isto é, o símbolo será utilizado com o fim de atribuir significado e sentido para si mesmo e para outros (CHARON, 2004).

☐ SELF

A formação do *self* é iniciada na infância, mediante a interação do indivíduo com seus pais e outras pessoas, alterando-se de acordo com novas experiências vivenciadas pela criança. Além de agir socialmente em relação aos outros, o indivíduo também interage consigo. O interacionismo explica o *self* como

objeto para o qual o indivíduo consegue olhar e se ver, semelhantemente ao que faz com outro objeto social. O *self* surge na interação e pode ser definido e redefinido de acordo com a interação; por isso é considerado um processo, pois está em constante mudança (CHARON, 2004).

☐ MENTE

Charon (2004) define a mente como ação simbólica em relação ao *self* e afirma que deve ser entendida como atividade, sendo um processo contínuo e ininterrupto em comunicação ativa com o *self* por meio da utilização de símbolos. Como parte das atividades da mente, a pessoa elabora indicações para si, define significados e os interpreta, produzindo sentido para os elementos de uma dada situação. Desse modo, a ação é a resposta desencadeada pela interpretação feita pelo indivíduo em interação com um objeto social.

☐ ASSUMIR O PAPEL DO OUTRO

Assumir o papel do outro é ver o mundo conforme a perspectiva do outro. Sua importância reside em tornar possível o desenvolvimento do *self* e da atividade mental e a aquisição e uso de símbolos. Quando assume o papel do outro, o indivíduo busca explicação para a ação que observa e, conseqüentemente, reage de acordo com a razão que identificou. Assim sendo, o fenômeno de assumir o papel do outro é considerado como condição para a comunicação e interação simbólica (CHARON, 2004).

☐ AÇÕES HUMANAS

A interação com o *self* e com os outros subsidia a tomada de decisões do indivíduo, direcionando suas ações. Esse conceito está relacionado à capacidade do indivíduo de fazer indicações para si:

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito que envolve a definição da situação e este por sua vez envolve interação consigo mesmo e com os outros. Sendo assim a definição da situação feita pelo ator é central para desencadear como a ação ocorrerá (CHARON, 2004).

□ INTERAÇÃO SOCIAL

A interação social dá origem a todos os conceitos básicos do interacionismo simbólico, pois, nesse contexto, o indivíduo transforma-se em objeto social para os outros, utiliza símbolos, define e redefine seu *self*, participa de uma atividade mental, toma decisões, compartilha perspectivas, define a realidade; assume papéis e os interpreta, entre outros.

Nessa perspectiva, Charon (2004) explica que a interação é formada por “[...] atores envolvidos em ação social mútua, comunicando simbolicamente, assumindo o papel de outro e interpretando os atos uns dos outros”. Essa interação determina o surgimento da ação à medida que os atores interagem uns com os outros, conforme a definição e interpretação que atribuírem aos mesmos.

4.6.1 CONCEITUANDO A FAMÍLIA E O DOMICÍLIO SEGUNDO O INTERACIONISMO

Conforme Angelo (1997), podemos compreender o funcionamento interno da família conforme o interagir com a situação vivenciada. Assim, a autora resgata os seguintes aspectos sociais, segundo Charon (2004): a sociedade é uma forma de vida em grupo, na qual os indivíduos interagem simbolicamente e cooperam na resolução de problemas. Isso é possível devido às qualidades humanas de assumir papéis, ao *self* e à mente. O resultado da interação é uma realidade partilhada pelos indivíduos, que recebe a denominação de “outro generalizado”, representando a sociedade para o indivíduo.

Aplicando essa concepção à família, Angelo (1997) propõe vê-la sob a perspectiva interacionista, de modo a considerar a família é um grupo de indivíduos em interação simbólica que chega a determinadas situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, *self*, mente e habilidade para assumir papéis. Assim, a família é composta por membros em interação entre si e com os elementos presentes na experiência que compartilham e à qual atribuem significados resultantes das interações da família com os elementos da experiência.

Em outras palavras, podemos dizer que a família compõe-se de elementos interagindo entre si e com os elementos presentes e atribuindo significados à experiência vivenciada. Esta pode ter significados semelhantes ou diferentes para cada subsistema familiar, devido à particularidade da mente de cada indivíduo. Desse modo, os significados resultam das interações que a família tem com os elementos presentes na experiência que vivencia.

4.6.2 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a validação é importante na TFD, pois, como a teoria surge a partir dos dados, representa de forma abstrata a interpretação desses dados brutos. Os autores afirmam haver duas formas de validar o esquema teórico. Uma delas é voltar ao esquema e compará-los com os dados brutos, fazendo uma análise comparativa de alto nível. A outra implica contar a história real aos sujeitos da pesquisa e pedir a eles que a leiam em seguida e comentem como ela se ajusta aos seus casos.

Nessa pesquisa, optamos pela validação do retorno aos dados e posterior análise comparativa do esquema com os dados brutos em profundidade. Essa forma se adéqua ao modelo teórico encontrado neste trabalho, no qual evidenciamos a experiência dos idosos com a fratura de fêmur.

5 Descobrimos a Experiência
Interacional Idoso – Fratura
de Fêmur

5.1 IDENTIFICANDO O PROCESSO DA INTERAÇÃO

Os dados foram analisados de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados, permitindo-nos compreender a experiência do idoso com a cirurgia de fêmur. Percebemos que o recorte da pesquisa, a condição pós-cirúrgica de fratura de fêmur, representa um momento de extrema importância no quadro de envelhecimento, pois catalisa fatores dos mais diversos, como as relações pessoais, familiares e com a rede de atenção à saúde, o processo saúde-doença (em seu âmbito físico e psicológico) e os aspectos sociais e políticos.

Ao finalizar a análise, as categorias foram identificadas, e as relações teóricas entre elas permitiram o desenvolvimento de um processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência de fratura do idoso. Esse processo se deu a partir da interação de quatro subprocessos os quais demonstraram simbolicamente a experiência do idoso com sua fratura e reabilitação. Cada subprocesso identificado foi organizado em categorias, subcategorias e elementos, descritos posteriormente no Quadro 4.

Para melhor visualização, no corpo do texto, as categorias estarão representadas em **negrito**. As subcategorias são apresentadas sublinhadas, e os elementos pertencentes às subcategorias estão em *itálico*. No texto, a fim de preservar a identificação dos sujeitos, foram utilizados códigos alfanuméricos entre parênteses, após cada trecho da entrevista, ilustrando a apresentação dos resultados. Por exemplo, a representação (S.3.1) indica o seguinte: o (S) identifica o sujeito entrevistado e o (3) o número específico do sujeito entrevistado, seguido do número (1) referente ao número da página em que se localizam os códigos e os trechos das respectivas entrevistas, ambos provenientes da codificação aberta.

QUADRO 4 – Categorias, Subcategorias e Elementos que integram o processo da experiência do idoso acometido por fratura.

CATEGORIAS = SUBPROCESSOS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS
Surpreendendo-se com a fratura	Avaliando sinais e sintomas da fratura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ percebendo sinais e sintomas da fratura imediatamente após a queda ▪ não identificando sinais e sintomas da fratura no momento da queda
	Sentindo-se triste ao deparar-se com a deambulação prejudicada	
	Descobrendo que desafiou sua suscetibilidade à fratura e a riscos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tendo antecedentes de quedas ▪ convivendo com co-morbidades osteoarticulares ▪ desenvolvendo atividades em locais inapropriados ▪ recusando-se a procurar atendimento imediato
Movendo-se entre a segurança e a insegurança na hospitalização	Vivenciando os primeiros cuidados	
	Confirmando o diagnóstico de fratura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ convivendo com a inexactidão do diagnóstico ▪ tendo o diagnóstico de fratura confirmado
	Mantendo o equilíbrio emocional no pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sendo hospitalizado para se submeter ao procedimento cirúrgico ▪ sofrendo com a morosidade da espera da cirurgia ▪ tentando se manter tranquilo emocionalmente
	Atentando-se à evolução do procedimento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mantendo-se esclarecido sobre o contexto transoperatório ▪ demonstrando-se tranquilo para permanecer consciente ▪ permanecendo alerta a sinais produzidos na sala operatória
	Perdendo a segurança no Pós-Operatório Imediato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não compreendendo seu contexto na UTI mediante a comunicação prejudicada com a equipe ▪ tendo complicações pós-operatórias
Deparando-se com a iniquidade da rede de atenção à saúde do idoso dependente cuidador familiar	Avaliando que nem todas as instituições hospitalares estão preparadas para assistir ao idoso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não se sentindo bem cuidado pela equipe ▪ sentindo-se bem cuidado pela equipe
	Percebendo o preparo para a alta de idosos-familiares não praticada com regularidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não recebendo orientações de alta ▪ recebendo orientações de alta
	Notando apoio domiciliar da ESF ao idoso dependente e ao cuidador familiar restrito a regiões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ não se sentindo apoiado pela ESF ▪ não contando com apoio de familiares ▪ sentindo-se apoiado pela ESF ▪ observando problemas na gestão
Superando no domicílio a perda da independência apoiado na família, religiosidade e reminiscência	Convivendo com sofrimentos no período de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tendo que superar a dor sem apoio terapêutico ▪ percebendo dificuldade dos familiares no manejo do cuidado ▪ convivendo com a incerteza de recuperar a autonomia na velhice ▪ perdendo a expectativa de deambular
	Buscando apoio para a superação na família, na religiosidade e na reminiscência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ contando com apoio familiar ▪ buscando apoio na religiosidade ▪ apoiando-se na reminiscência
	Resgatando a independência funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ iniciando a deambulação ▪ sentindo-se aliviado e seguro

□ SUBPROCESSO A: SURPREENDENDO-SE COM A FRATURA

A situação de queda seguida de fratura para o idoso é reconhecida como um evento o qual pode ocorrer em qualquer fase da vida dessa população. No entanto, muitas vezes pela própria condição em que ele vive, pelo desenvolvimento de suas atividades, por sua autoconfiança e até pela própria falta atenção a riscos de acidentes, os idosos são mais suscetíveis a vivenciar o **surpreendendo-se com a fratura**.

Tal subprocesso retrata o momento quando o idoso expressa-se perplexo com a sua queda, principalmente quando identifica sinais e sintomas de fratura. Isso o faz projetar todas as etapas a serem enfrentadas, sua hospitalização, cirurgia e reabilitação no domicílio. Percebe-se, então, imerso em um contexto inesperado que interrompeu seu projeto de vida repentinamente. Reflete, também, sobre as comorbidades sofridas ao longo da vida, principalmente as doenças osteoarticulares e as correlacionadas à fratura, vistos nas subcategorias e elementos apresentados a seguir.

▶ AVALIANDO SINAIS E SINTOMAS DE FRATURA

Com a situação da queda, o idoso passa a avaliar o ocorrido, porém a extensão e a situação do evento geram indícios de que algo aconteceu. Assim, *percebendo sinais e sintomas de fratura imediatamente após a queda*, leva-o a reconhecê-la instantaneamente à circunstância de queda. Isto é perceptível ao idoso pelo fato de surgir sinais que indicam que algo aconteceu e tem certa gravidade, como intensidade da dor local na área da queda, a limitação dos movimentos, impossibilidade de se levantar, sinais de tração no membro afetado e principalmente dor ao apoiar o pé no chão. Indícios ainda incertos até o diagnóstico a ser confirmado, conforme relatam:

[...] Quando caí, eu senti dor [...] e [...] quando uma pessoa veio me levantar [...], eu ia apoiar minha perna no chão, não conseguia mais [...]. Aí eu pensei: – minha perna está quebrada! [...] (11.2).

[...] Levei um tombo e caí meio de lado. Na hora pensei [...] que eu fosse levantar. [...] Aí eu senti uma dor e assim tentei levantar e não pude. [...] Nisso, meu sobrinho vinha chegando e falou: – Ei, Tia, o que aconteceu? [...] Eu disse: – Caí! – Então tenta levantar, ele falou: – Acho que eu não consigo! [...]. Aí não consegui mesmo. [...] Disse a ele: – Eu quebrei a perna [...] (I8.1).

[...] Eu caí ali no fundo, sabe? [...] Eu estava varrendo a casa, a área ali no fundo. Aí deu aquele [...] puxão na coluna na hora da queda, porque eu estava com problema na coluna também, sabe? Senti também um puxão aqui na perna e perdi a força [...]. Sabia que tinha quebrado a perna (I6.6).

Contudo, há situações em que o idoso passa pela situação *não identificando sinais e sintomas de fratura no momento da queda*, principalmente quando seguida de ausência de sinais anteriormente citados, especialmente a dor. A falta de interpretação da dor local na hora da queda pode sinalizar o desconhecimento da gravidade da situação que o acometeu, conforme relatos:

[...] Eu não tive dor nenhuma. [...] Bati o quadril no chão [...] e [...] não senti dor, não senti nada [...]. Ainda esperei um tempo para meu sobrinho chegar e ir de carro para o hospital. No hospital tive que esperar muito tempo para ser atendido, como não doía, não achei que tivesse quebrado, só depois do Raio X que pude reconhecer que havia quebrado o fêmur [...], mas se não fosse isso, para mim, tinha sido só um tombo [...] (I5.1).

A dor é um dos principais sinais de que alguma coisa não está bem. Entretanto, existem alguns casos de fraturas as quais passam despercebidas pelo idoso, só sendo reconhecidas quando expostos a novas quedas, conforme narram:

[...] Eu quebrei a perna na caminhada [...], mas não senti dor. Vim embora caminhando devagar, depois quando fui tomar banho, eu escorreguei [...] e minhas pernas estavam meio travadas e percebi que não conseguia mais ficar em pé. Fiquei no chão. Chamei meu marido para me socorrer. Meu filho me levou ao hospital e depois de muito tempo constataram fratura (I1.1).

[...] Na hora que caí sentado de cima da carreta. Achei que fosse um destroncamento. [...] Uma vez destronquei o pé, então achei que fosse um destroncamento, agora, do fêmur. [...] Como eu caí no chão, de dois metros e setenta, então eu fiquei no chão, e depois sozinho me levantei com os braços, porque eu caí entre o pneu de estepe e a beirada da carreta [...]. Aí eu me puxei [...] o tronco e o tórax para cima, me segurando na lateral da carreta e indo em direção à cabine [...]. De tanto forçar o fêmur, ele fez clock e entrou no lugar. [...] Eu quis firmar o pé, mas [...] não consegui. Mesmo assim subi na cabine do caminhão me puxando pelos braços e vim dirigindo, parando de cidade em cidade, de Salvador a Londrina [...]. Tive ajuda de amigos para descer e subir da carreta [...]. Foi loucura, não sei como consegui! [...] Quando cheguei a

Londrina, minha mulher foi para o hospital comigo, porque aí começou a doer [...]. Já estava doendo, mas eu achei que era um destroncamento que na verdade foi diagnosticado que tinha quebrado os dois ossos do fêmur [...] (I2.1).

► SENTINDO-SE TRISTE AO DEPARAR-SE COM A DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

A queda é um fato novo e imprevisto que deixa o idoso inseguro. Quando ocorre seguida de dor, imediatamente o idoso pensa em uma possível fratura. Esse símbolo pode causar-lhe medo e pânico, pois a fragilidade súbita causada por um incidente o faz sentir despreparado para seu enfrentamento.

Para o idoso, a possibilidade de queda se mostra um risco habitual, visto que, nas populações dessa faixa etária, rotineiramente esse fato dá margem à falta de precauções e principalmente à avaliação dos riscos, cuja potencialidade varia de acordo com os fatores intrínsecos e extrínsecos do organismo/ambiente. É comum também o pensamento do idoso de que fratura é algo difícil de acontecer; quando o acomete, porém, deixa-o desestabilizado frente à realidade a enfrentar.

A procura do atendimento médico de emergência só ocorre quando o idoso percebe a extensão e gravidade da queda, sinalizada pela impossibilidade de apoiar os membros inferiores, mas principalmente pela ação muscular e óssea lesadas na queda e pela necessidade de auxílio devido à limitação de movimentos por intensa dor na área afetada. Verificamos isso nas narrativas:

[...] No hospital [...] entrei e fiz a primeira radiografia, fiz a segunda e aí fiquei esperando [...]. Aí o médico olhou e falou: – não é possível! Pediu para o técnico fazer mais quatro radiografias, para confirmar [...]. Voltei lá e ele tirou mais quatro radiografias. [...] Após o laudo, o médico me disse: – Senta aqui, e puxou o monitor e falou assim: – Veja a situação que está o teu quadro (risos). [...] Você quebrou a bacia e o fêmur. O fêmur até tá saindo fora do lugar. [...] Não acredito que você teve condições de vir dirigindo de Salvador a Londrina com esse quadro de fratura [...]. Aí entendi porque justamente na hora que eu andava fazia clock, clock [...]. Fiquei surpreso com meu caso, pensativo e preocupado no que poderia ter acontecido (I2.3).

[...] Quando cai não senti nada, nem a dor [...], mas quando eu não consegui por meu pé no chão direito, fui ficando apavorada. [...] Tive vontade de chorar de desespero só de pensar em ter quebrado minha perna, mas não chorei, porque estava [...] cheio de gente esperando na clínica! [...]. Isso aconteceu comigo de repente [...]. Precisa de ver, foi muita tristeza para mim (I3.2).

[...] Eu fui [...] buscar o tapete para o banheiro e não sei o que eu fiz, mas eu escorreguei e caí sentada lá. Aí não podia me levantar. Chamei meu marido para me acudir. Não podia nem mexer a perna que doía. Pensei que (risos) eu não fosse mais andar. Muito ruim isso! [...] (14.1).

Mostra-se frequente o entristecimento do idoso ao compreender o seu estado, caracterizado pela queda seguida de fratura. Manifesta-se triste, muitas vezes com choro inconsolável, com dor e impossibilidade de locomoção, inapto e limitado na execução de suas atividades, bem como saudosista e solitário. Forma-se um estado interminável de sofrimento, na perspectiva do paciente; para ele, é uma situação imposta, pois tem de fazer o tratamento específico para seu problema.

Mas eu tava tão triste [...] Eu ficava deitado lá. Sentia dor nas pernas, [...] E também que não podia levantar [...] e ficar esperando alguém trazer as coisas. [...] É coisa mais horrível! (13.3).

Às vezes chorava, porque eu queria ficar boa, achava que estava demorando muito, sabe para tratar a perna [...] Eu sou uma pessoa que não paro, faço todo o serviço dentro de casa, além disso ainda costurava, sempre fiz tudo sozinha [...] Via ela sobrecarregada com serviço em casa [...] não via a hora de tratar o meu caso (18.6).

Eu sinto muito mal de não poder andar e não fazer o servicinho da casa, de não poder cuidar dos meus netos que têm quatro anos. Você sabe a idade como é que é, só arte [...] Eu não posso fazer nada, fica tudo por conta dela ali, coitada [...] Eu fico muito sentida, pergunta pra ela como que eu choro. Eu choro direto [...] (16.9).

Depois de um tempo na casa de meu filho, eu vim para minha casa [...] Então eu ficava sozinho. [...] Não era sempre que o meu filho podia vir aqui [...] Só quando ele podia vim [...] Sentia muito sozinho (17.4).

[...] Achava muito triste sabe ao ver que minhas duas tias achavam que eu não ia andar mais [...] Pois é, minha irmã também falou que eu nunca ia andar mais sabe [...] muito triste ouvir aquilo [...] (13.5)

[...] Tinha gente que vinha aqui às vezes falava: – Será que você vai andar de novo? [...] Na hora eu pensava, meu Deus será que eu não vou andar mesmo? Eu às vezes pensava nisso [...] muito triste! (18.8).

► DESCOBRINDO QUE DESAFIOU SUA SUSCETIBILIDADE À FRATURA E A RISCOS

A fim de compreender sua condição de fraturado, o idoso resgata as possíveis causas que contribuíram para a sua queda. É comum estar descobrimos que desafiou sua suscetibilidade à fratura e a riscos, no intuito de atender a sua necessidade de justificá-la. Podemos observa a atribuição das quedas a diversas condições pré-existentes, como doenças, fatores ambientais com a possibilidade de riscos para a queda ou ainda imprevisibilidades, como descritas a seguir.

Tendo antecedentes de quedas é elemento do histórico do idoso utilizado para legitimar a sua suscetibilidade para novos eventos, evidenciando a falta de cuidado que o expõe ao risco. A materialidade da fratura em sua vida é reconhecida por ele como algo inesperado, pois, se antes ocorreu e não houve consequências, a situação da fratura é mais dolorosa.

[...] Ah! Eu pensei assim, é um tombo qualquer, né, como a gente cai sempre é comum [...]. Estava com muita dor nas pernas [...]. Daí ficou doendo. Falei: – gente, como é que pode, doer tanto [...] Foi aonde fui no médico e ele descobriu minha fratura, nem acreditei! (16.6)

Tive mais tombo sim [...], mas essa foi a pior queda que sofri, eu não imaginava que tinha quebrado, pois levei outras quedas (18.4).

Outro elemento atribuído pelo idoso à queda emerge no estar *convivendo com co-morbidades osteoarticulares*, as quais traduzem as condições patogênicas que o expõem ao risco de queda seguida de fratura. Alguns idosos mencionam problemas associados ao ácido úrico e à artrose, os quais, muitas vezes, promovem alterações osteoarticulares importantes na velhice, comprometendo principalmente a mobilidade e propiciando quedas e acidentes durante as atividades diárias, conforme mencionam:

Na época do meu tombo me lembro que estava andando com um pouco de dificuldade, porque eu tinha tido crise de gota e fiquei na cama um mês sem andar (18.1).

[...] Olha essa perna aqui fica dormente é dormente. Ela formiga e dói aqui esses ossos, então os médicos dizem que é por causa da artrose que eu tenho e foi isso que ajudou minha perna travar na missa e fez eu cair e quebrar a perna.(19.4)

O fato de o idoso ter o hábito de estar *desenvolvendo atividades em locais inapropriados*, dentro e fora do domicílio, amplia as possibilidades de haver queda. O evento, na maioria das vezes, decorre da falta de atenção e de prudência do idoso e de seus familiares no domicílio, principalmente com os chamados obstáculos ambientais: tapetes, escadas, pisos escorregadios e engordurados, além da falta de barras de apoio em banheiro, riscos potenciais para quedas não valorizados no ambiente domiciliar. Ademais, ambientes externos como calçadas escavadas, ruas desniveladas e locais de difícil acesso também podem provocar quedas, como relatado por eles:

[...] Eu fui fazer um exame na clínica e tropecei no banco [...], não tinha visto o banco e era muito apertadinho para passar [...] (I3.1).

[...] Ah, antes era duro. O banheiro aonde eu morava lá embaixo era muito escorregadio e tinha uma escada para o acesso [...] (I7.1).

[...] Olha, eu levei um tombo aqui mesmo nessa porta entrando da cozinha para sala. Mas eu estava andando com um pouco de dificuldade e o piso escorregadio e engordurado já viu então [...] assim aconteceu! [...] (I8.1).

[...] Eu tropecei na calçada estava desnivelada, não consegui apoiar o pé e cai [...] (I5.1).

[...] Ah, fui lá buscar um tapete para colocar no banheiro não sei o que eu fiz que escorreguei e caí sentada. Aí não podia levantar, chamei meu marido ele para me acudir, até para mexer doía. [...] Pensei, quebrei a perna! [...] (I4.1).

Nesse contexto, o idoso empreende movimento de enfrentamento resignado, *recusando-se procurar atendimento imediato*, para ultrapassar limites de uma situação de risco, a fratura de fêmur. Contudo, quando não se tem consciência da gravidade do evento, ele fica mais exposto às complicações advindas da própria fratura, por algumas vezes se colocar no papel de invencível.

Os próprios idosos reconhecem o caráter exacerbado de suas reações. Apoiado em crenças e convicções, podem colocar em risco sua vida e a de outros, como o exemplo de dirigir fraturado de Salvador a Londrina pela falta de confiança em outro motorista – o paciente mesmo considerou o que fez um ato de loucura. Isso mostra que o idoso, muitas vezes, não consegue aceitar a condição

de dependente e, principalmente, de ceder ao cuidado do outro, conforme experiências relatadas:

[...] Eu estou com 62 anos e nunca aconteceu nada na minha vida desta forma. Nunca caí! Nunca me envolvi em nenhum acidente! Então, o que aconteceu? A gente é leigo na coisa. Acha que acontece com os outros e não com a gente. Só que quando acontece é pra valer. Um tombo tão simples. Eu já pulei muito de carga de algodão e nunca aconteceu nada. Até caí de ponta cabeça no chão. Cravou no chão e nada aconteceu. Agora caí sentado no chão e me quebrou tudo! Então, é um troço que a gente... Sei lá. [...] Falei: – eu vou até em casa dirigindo. Meu patrão disse: – Não! Pegue um avião! Não venha dirigindo! Respondi: Não! Ele insistiu: – Arruma um motorista! Reafirmei: Não! – Não vou pegar um motorista que no fim eu vou acabar morrendo na mão dele, porque a gente pega uma pessoa estranha e que, às vezes, não sabe quem é, e acaba acidentando e matando. Falei com Deus: – O Senhor me levará para casa. E vim bater em casa [...]. Dirigir com fratura de Salvador à Londrina foi um ato de loucura. Permaneci muito tempo com duas fraturas de fêmur até conseguir assistência médica [...] (I2.6).

A identificação do estado de fraturado é, geralmente, um momento difícil e muitas vezes sem explicação para o idoso. Tudo em sua vida tem novos significados, que começam a fazer sentido de uma forma brusca, não planejada ou preparada, em um momento importante da vida, quando muitos iniciam o processo de “colher o que plantaram” durante a vida. Esse processo é interrompido por uma severa fatalidade e altera sua rotina de vida, incluindo uma forçosa dependência. Essa conjuntura traz inúmeras situações a serem enfrentadas pelo idoso.

Reconhecida a condição de fraturado, temos o marco inicial do desafio em saber enfrentar a busca pelo cuidado necessário e as estratégias que farão parte do contexto importantíssimo da reabilitação do idoso. Tais procedimentos dão início ao segundo subprocesso da experiência. Expomos a seguir, momento no qual serão reveladas as categorias que representam o manejo do cuidado específico do tratamento do trauma durante a hospitalização e os ajustes emocionais relativos a essas experiências.

❑ SUBPROCESSO B: MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NA HOSPITALIZAÇÃO

Esse subprocesso retrata a resposta emocional do idoso diante da necessidade de manter-se consciente e informado sobre sua evolução, em face dos procedimentos realizados no pré, trans e pós-operatório, conforme encadeamento de subcategorias e elementos, a seguir.

▶ VIVENCIANDO OS PRIMEIROS CUIDADOS

O idoso, após a queda, precisa ser encaminhado a um serviço médico hospitalar para os procedimentos necessários a resolução de seu problema, bem como para receber o primeiro atendimento até a confirmação do diagnóstico, nesse caso, a fratura. O socorro é prestado por familiares com seu veículo ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com vistas a agilizar o encaminhamento hospitalar, expressos a seguir:

Depois de cair e estar com muita dor [...] Minha irmã levou eu para o hospital, pegou a cadeira de roda, e levou eu lá dentro do hospital na cadeira de roda (16.6).

[...] Quando cai meu sobrinho me pediu para levantar eu disse que não conseguia, então, ele imediatamente ligou pro SAMU [...]. O SAMU veio, me pegou e levou para o hospital. Na Santa Casa eu fiquei na maca, isso foi numa quarta-feira de manhã e fiquei numa maca até ser atendida (18.1).

▶ CONFIRMANDO O DIAGNÓSTICO DE FRATURA

A situação de queda precedida de dor e mal-estar por conta de sinais e sintomas da fratura exige o encaminhamento para o um serviço médico que possa dar laudo específico e comprovar a real circunstância na qual o idoso se encontra. Nesse momento, quando o idoso é encaminhado a um serviço de pronto atendimento, ele começa perceber as limitações da rede de atenção à saúde do município em atender as suas necessidades. De imediato, depara-se com a experiência do *convivendo com a inexistência do diagnóstico*, aumentando seu padecimento. Associa às suas observações a negligência e a imperícia dos profissionais ao avaliarem seu estado físico, assim como a precariedade dos

equipamentos radiodiagnósticos para a expressiva demanda de usuários os quais têm seus diagnósticos e resolubilidade dos problemas de saúde postergados. Muitos são obrigados a aguardar muito em filas de espera, mesmo sendo idosos, e algumas vezes são medicados apenas para dor e liberados sem diagnóstico exato.

Na incerteza do seu diagnóstico, o idoso passa, então, a um período de sofrimento caracterizado pelo tempo para resolver seu problema relativo à duração e à intensidade da dor e pela espera por sua cirurgia. Isso incomoda os idosos, pois ficam sem perspectiva até o parecer final sobre o respectivo tratamento decidido pela equipe, conforme relatam:

[...] Depois da queda fui no hospital de outro bairro aqui de Londrina [...] e eles não fizeram raio x das pernas. só me deram remédio pra tomar para a dor. Fiquei a noite inteira lá na maca, porque foi em época que eles estavam de greve né, estava super cheio o hospital, e eu fiquei deitada naquela maca ali ó, e eu não podia virar para cá porque doía... tomei a medicação e vim para a casa... (I.6.1)

[...] Como a dor não passava eu voltei três vezes no médico e não fizeram raio-X para ver o que era, doía o quadril, doía a perna e eu não conseguia andar. Mais agora eu tinha ido ali no hospital do bairro, a máquina estava quebrada eles não conseguia fazer raio-X [...] Aí passaram eu prá fazer na clínica municipal, onde tive que esperar mais quinze dias, pois é por ordem de chegada [...] Chegado o dia de fazer o raio x, fomos lá, eu e meu filho [...] Quando chegamos lá estava quebrado... voltamos para casa [...] Aí tive que esperar mais um tempo, então, minha filha ligou e falou: - Não! Vamos dar um jeito a Senhora vai ter que fazer esse raio-X urgente, porque como que a Senhora pode ficar desse jeito. Com tanta dor sem poder se mover na cama e ficar tantos dias assim [...] (I6.1).

Porém, amparado na confiança no médico, depois de muita espera, o idoso vai tendo o diagnóstico de fratura confirmado, momento em que recebe definitivamente a informação de que sofreu uma fratura, amparada por laudos e exames específicos. Essa condição dá segurança ao profissional para realizar os encaminhamentos necessários à internação e ao procedimento cirúrgico no fêmur. Nesse momento, o idoso pode entrar num período de difícil aceitação, ao projetar desde já o estado de dependência e sofrimento que o acometerá, conforme contam:

[...] Minha filha marcou lá no Clínica particular e me levou para fazer o Raio x. [...] Muito bom os profissionais de lá. Depois fomos no médico e ele viu que tava quebrado, e já ia fazer os encaminhamentos para a cirurgia [...] Depois de tanta espera fiquei tranquila, só que agora preocupada pela cirurgia e a recuperação (I6.1)

► MANTENDO O EQUILÍBRIO EMOCIONAL NO PRÉ-OPERATÓRIO

É o momento da experiência em que os idosos demonstram a necessidade de manter-se em alerta a todas as ações a serem realizadas. O intuito é manter-se seguro e saber o que se sucederá com seu problema, com seu corpo, com sua vida, necessidade vista nos elementos a seguir.

Após a confirmação do diagnóstico, o idoso passa a vivenciar o *sendo hospitalizado para submeter ao procedimento cirúrgico*. Podemos considerar o momento inicial do tratamento de sua fratura e de investigação mais específica de seu caso, com vistas a um diagnóstico preciso. Todavia, a partir daí, o idoso tem a experiência de permanecer recluso no leito, ao ter sua independência funcional comprometida. Isso lhe confere a sensação de mal-estar no ambiente hospitalar, caracterizado pelo fato de não se sentirem em seu domicílio e terem de se adaptar à nova condição como dependente de cuidados.

[...] Depois dos exames da confirmação da minha fratura na perna, fiquei no hospital muito tempo internada [...] até chegar o dia da minha cirurgia (11.1).

[...] Eu sentia muito mal, Fiquei até fora de si, porque eu não podia vir pra casa cuidar da minha família, isso me deixava mal [...] As enfermeiras cuidaram de mim [...] ficava bem [...] mas quando eu pensava em mim em uma cama, sem poder ir embora da internação [...] ficava bem mal (11.2).

Outro elemento importante no desafio da vivência do idoso está relacionado ao *sofrendo com a morosidade pela espera da cirurgia*. Muitas vezes, a necessidade de avaliação pré-operatória de outros profissionais, envolvendo a realização de novos exames, contribuem por delongar a realização da cirurgia. No entanto, algumas vezes, a burocracia nos serviços públicos tem contribuído para os idosos aguardarem pelos procedimentos por muito tempo, chegando a anos, devido aos protocolos existentes e às filas de espera. Outro problema o qual contribui para postergar o início do tratamento está relacionado a planos de serviços de saúde que dificultam o atendimento do idoso, obrigando fazendo este a migrar para o SUS.

[...] Após cair e quebrar a perna, sabia que tinha que fazer a cirurgia e eu não tinha como pagar cirurgia, então, fomos no médico do serviço público e ele fez o

encaminhamento [...] E fiquei esperando a chamar. [...] Após um ano e meio depois de agendar, fui chamada para fazer a cirurgia, imagina só! [...] Essa perna aqui ficou meio tortinha de tanto que andava escorando só nela, que essa daqui, quebrada não aguentava mais [...] (I9.1).

[...] É então não tinha vaga na UTI [...] Fiquei esperando quatorze dias internada [...] Depois a máquina de vídeo que ia usar em mim estava quebrada, então só me restava ficar esperando sem fazer nada, sabe... (I3.1)

No intuito de compensar o desgaste por internação e o movimento interno de novas condições a serem enfrentadas, o idoso vai *tentando se manter tranquilo emocionalmente*. É uma estratégia utilizada para resolver ou superar seus problemas, principalmente durante o período de internação pré-operatória. O idoso nessa condição geralmente procura não reclamar e se fazer forte para o atendimento recebido pela equipe não interferir no transcorrer do ato cirúrgico, diante do estigma de idoso reclamante.

[...] Porque tinha que imobilizar bem a perna, pois estava com a tração e, enquanto esperava a cirurgia fui tratada bem, é lógico! [...] As meninas da enfermagem eram boazinhas, porque eu também não sou do tipo de reclamar, nunca nem toquei campainha, não pedia nada [...] Sou muito calma, tranquila, sabe! [...] Depois que o doutor colocou a tração eu aguardei de quarta-feira à segunda-feira pra fazer a cirurgia [...] (I8.2).

► ATENTANDO-SE À EVOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Isso se traduz na atenção que o idoso detém por conta de sua recepção no ambiente cirúrgico, caracterizado pelos equipamentos, paramentação cirúrgica em face de os procedimentos estéreis e organização do serviço dos profissionais do centro cirúrgico, com vistas a promover a assistência adequada e livre de fontes de contaminação para garantir o seu restabelecimento. Por essa razão, o idoso espera que os profissionais o mantenham consciente e orientado sobre os procedimentos que estão e serão realizados, assim como sobre sua evolução.

O idoso, logo, vai *mantendo-se esclarecido sobre o contexto transoperatório*, sendo um momento no qual ele colhe as informações e as processa para interpretar como está respondendo ao procedimento cirúrgico. Manter-se colaborativo com a equipe e conseqüentemente consciente é essencial

para conhecer, reunir e organizar informações a respeito do andamento do tratamento, visando à reabilitação da sua independência funcional. É um momento em que ele busca estar consciente de si, de sua própria existência a partir das percepções e relações com o que está vivenciando.

[...] Depois de preparado, eles me levaram para o centro cirúrgico [...] Entrei na sala de operação [...] Mas pra mim foi normal. Eles já haviam me orientado com todos aquele equipamentos e coisa diferentes que tem lá e via tudo as roupas que eles usavam, as toucas e uns negócios nos pés [...] Mas eu entendi que era para não transmitir infecção para as outras pessoas [...] Eu estava atento a tudo (I2.4).

No transoperatório, o idoso também vai *demonstrando-se tranquilo para permanecer consciente* como estratégia utilizada para evitar a sua sedação e manter-se acordado e vigilante durante todo o período transoperatório, visando a não perder a segurança do que está vivenciando. Para isso, é imprescindível estar consciente e atento a sinais e sintomas, bem como esclarecido pela equipe cirúrgica de suas dúvidas sobre o andamento cirúrgico.

Outro fator importante é que, para permanecer tranquilo durante a cirurgia, o idoso mantém um diálogo com a equipe cirúrgica, com vistas, a obter as informações da cirurgia e do andamento de seu quadro. Nesse contexto, tenta manter o estado de consciência para manipular a equipe a fornecer informações necessárias a serem registradas e elaboradas, a fim de diminuir seu estresse e a ansiedade gerados pelo próprio ambiente cirúrgico.

[...] Aí me colocaram na mesa, vi o médico tirando minha perna para fora da mesa [...] Eu estava conversando com a enfermeira que estava me atendendo [...] Vi um radinho do coração [...] perguntei para ela: - para que serve? E me disse que é o monitor, vi as ondas verde nele, muito interessante [...] E continuava conversando com ela [...] O médico viu a gente conversar e ele dava risada, porque eu não estava nem ligando de cortar minha perna. Ele falou: - Mas você não tá nem aí de eu cortar sua perna? Falei: - Doutor, estou confiando em Deus primeiramente e segundo no senhor [...] (I2.5).

Além de demonstrar-se tranquilo durante a cirurgia, outro fator importante dentro do contexto transoperatório é o idoso *permanecendo alerta aos sinais produzidos na sala operatória*. Caracteriza-se pela necessidade de segurança perante a situação, uma vez que entra em um ambiente desconhecido e

inerente a suas experiências de vida. Manter-se atento ao cenário da sala de cirurgia significa uma maneira de enfrentar o medo para prováveis sinais de complicações durante o ato operatório, como hemorragias e efeitos de procedimentos anestésicos ou qualquer outro símbolo que traduza a não efetividade das suas expectativas de restabelecer sua independência funcional.

O estresse e a ansiedade nesse momento o acompanham, tornando possível permanecer acordado, pois se preocupa em perceber o trabalho da equipe cirúrgica e o funcionamento dos equipamentos e se isso está contribuindo ou não para evolução segura do seu quadro clínico.

[...] Quando de repente, numa altura da operação, o meu médico parou, voltou e falou a uma enfermeira [...] não entendi o que era mais [...] Ela abriu uma porta da sala e saiu ligeiro para os fundos. Daí a pouco veio dois médicos colocando aquele negócio na cara e veio para dentro [...] E começou a fazer a operação junto com meu médico. Eu pensei na hora, deu hemorragia, porque aqui no meu rosto, tinha uma mangueira passando com sangue com bolha de ar [...] Achei isso também porque vi quando a enfermeira saiu e voltou com uma bolsa de sangue [...] E vi quando a mangueira passou cheia de sangue [...] Neste momento senti que os médicos não fizeram mais nada [...] Não serrou e nem cortou. Aí ficaram conversando ali e tal operando [...] Aí vi de novo outra enfermeira entrou com duas bolsas de sangue. Na hora eu percebi, hemorragia continuava. Pensei! Ele cortou uma veia. [...] Aí que eu fiz prá me controlar vi que na minha frente tinha um panfleto do hospital e eu tentava ler para me acalmar. Eu pensei! Se eu tiver lendo ainda tudo bem, mas a hora que começar a turvar a vista, pode ser que vai começar a baixar a pressão [...] Aí vi que nenhum momento baixou a pressão [...] Pois eu lia, virava, conversava um pouco com a enfermeira e ela tentando me entreter [...] e eles operavam. [...] Quando terminou, os outros dois médicos que vieram, deram as mãos ali e vi que o meu médico voltou a operar e eu fiquei mais tempo [...] Porque eu entrei... eram oito horas e saí quatro e pouco da tarde. Seis horas de cirurgia [...] (I2.10).

► PERDENDO A SEGURANÇA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Essa subcategoria agrupa uma série de elementos, denotando a inquietude do idoso perante o medo da possibilidade de fracasso, decorrente da percepção dele de qualquer sinal ou símbolo de ameaça da sua reabilitação pós-operatória. Decorre da insegurança vivenciada nesse período, quando passa pela dificuldade perceptiva de se manter informado sobre suas condições clínicas, que poderia amenizar sua ansiedade com o desconhecido.

O elemento *não compreendendo seu contexto na UTI mediante a*

comunicação prejudicada com a equipe traduz a circunstância de o idoso pós-cirúrgico de risco. No caso das intervenções ortopédicas, a dificuldade é ter de permanecer em unidade especializada de tratamento intensivo, como consequência da faixa etária, da situação operatória e também da própria especialidade, a qual exige cuidados mais específicos e meticulosos em relação à recuperação da cirurgia, num período curto ou prolongado de tempo, segundo a necessidade apresentada.

Muitas vezes, pela complexidade do setor, o idoso consegue não compreender o que está acontecendo, principalmente, pela falta do reconhecimento de informações, negligenciadas pela equipe de saúde no pré-operatório, e que são relevantes no cuidado do paciente cirúrgico. O paciente fica inquieto em relação a dispositivos necessários à manutenção dos dados vitais, como o uso de oxigênio no pós-operatório com indicação de UTI. A não fundamentação desse contexto tem o caráter de algo desconhecido para o idoso, podendo levá-lo a expectativas negativas quanto a sua recuperação.

[...] Depois da cirurgia, me levaram para a UTI [...] Na UTI fizeram um monte de coisa, sabe [...] medicamentos, banho e as meninas cuidaram de mim [...] (13.2).

[...] Depois da operação, fui para UTI [...] Foi assim, quando saí da sala de operação, eles vieram com a máscara e colocaram aquele caninho com aquele cilindro com o oxigênio [...] Aí me levantam para a UTI de maca, com aquele oxigênio contínuo e lá colocaram um outro que faz a inalação [...] Mas o médico não falou de minha hemorragia e não falou do oxigênio [...] Eu não sei porque! Mas, o importante que eu estava bem [...] Fiquei na UTI um dia apenas até me recuperar (12.8).

O quadro cirúrgico tem uma peculiaridade que varia muito do contexto operatório e das condições do paciente. Como a situação cirúrgica tem seus riscos e particularidades, alguns pacientes idosos apresentam o elemento *tendo complicações pós-operatórias*. O paciente depara-se com eventuais complicações, efeitos indesejáveis para seu restabelecimento como o abdome distendido, a infecção urinária, a anúria e a dor, que são indicativos da recuperação da cirurgia. Manter-se em estado de recuperação, no entanto, sugere para idoso submeter-se à dependência, à reclusão e ao sofrimento no leito.

[...] Da cintura prá baixo que foi anestesiado, eu não conseguia sentir, não conseguia nem fazer xixi [...] Estava com a barriga estufada, aí a enfermeira tirou a urina com a sonda e deu tudo certinho [...] (I3.2).

[...] Depois da cirurgia, eu urinava pela sonda [...] Mais a urina parou de sair e ardia muito [...] Fiz exame viram que estava com infecção na urina [...] (I1.4).

[...] Depois da cirurgia, fiquei estava com muita dor na perna! Fiquei lá esperando, eles fazerem a medicação para dor [...] É esse dois dias que fiquei no hospital, estava com muita dor nem, não podia levantar [...] Nem prá ir no banheiro, nem tomar banho não conseguia. Alguém que pegava na perna eu sentia dor no pé [...] Que difícil foi aquilo! (I8.3).

Esses conceitos simbolizam o estado emocional do idoso, envolvendo o equilíbrio de permanecer atento e alerta no transoperatório e a insegurança pelas condições propostas pela recuperação da cirurgia e suas complicações. A partir desse contexto, o idoso faz uma avaliação do serviço hospitalar e das equipes de ESF em área da abrangência de seu domicílio, buscando justificar as formas como foram tratadas o seu estado de saúde, que, posteriormente, será apresentado no terceiro subprocesso dessa experiência.

□ SUBPROCESSO C. DEPARANDO-SE COM A INIQUIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DEPENDENTE CUIDADOR FAMILIAR

A experiência vivenciada por idosos que sofreram quedas seguidas de fraturas apresenta desdobramentos da perda da independência funcional ao resgate desta no domicílio do paciente. Em todo o transcorrer da vivência, o idoso permaneceu atento à necessidade de uma assistência que assegurasse sua proteção e, principalmente, o fornecimento de indícios de uma recuperação e restabelecimento digno de seu quadro. Porém, independentemente da trajetória enfrentada, ele foi **deparando-se com a iniquidade da rede de atenção à saúde do idoso dependente cuidador familiar.**

O idoso sofre a carência de um modelo operacional de assistência amplo e uniforme quanto à qualidade assistencial oferecida por hospitais terciários no trato do idoso durante a internação e na transição para o domicílio. Observamos, durante a pesquisa junto aos idosos, que nem todas as instituições se preocuparam em

preparar o idoso e o familiar cuidador para a alta, assim como as equipes da ESF no acompanhamento da reabilitação, condição ideal reclamada pela maioria dos pacientes.

As subcategorias e elementos integrantes dessa fase da experiência indicam a capacidade do idoso em reconhecer os protocolos de assistência em saúde, bem como a presença ou a ausência do profissional no restabelecimento de sua cirurgia. Um profissional tem importância singular na experiência do cuidado no domicílio, principalmente pelo fato de o familiar não ter as habilidades necessárias para o planejamento e a implementação de cuidados específicos na recuperação de seus idosos.

► AVALIANDO QUE NEM TODAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES ESTÃO PREPARADAS PARA ASSISTIR AO IDOSO

Essa subcategoria abarca a avaliação quanto à assistência recebida no contexto hospitalar, no qual o idoso faz reflexões pertinentes acerca da sua relação interpessoal com a equipe de saúde, durante sua internação. O idoso deparou-se com o elemento vivenciado *não sentindo bem cuidado pela equipe*, expressão negativa quanto à experiência em relação às equipes de saúde no trato a sua condição de doente.

A internação é importante para o idoso em sua recuperação, pois ele necessita transpor sua situação de doente. Esse enfrentamento pode ser desagradável e dificultoso se o internamento for acompanhado por uma equipe a qual se abstém de ofertar uma assistência envolvida com sua realidade, com o seu contexto de vida. O reconhecimento por parte dos idosos em relação à assistência dos profissionais é apontado nessa experiência, pela falta de paciência destes durante os procedimentos, não atendimento às necessidades básicas e no descumprimento do papel de cuidador a pessoa idosa.

Além disso, os idosos referiram a falta de dignidade no tratamento oferecido pelos profissionais do ambiente hospitalar com respeito ao seu corpo, a maneira como avaliam seu quadro clínico e as condições impróprias do ambiente

para sua recuperação cirúrgica. O sentimento de indignação sugere a perplexidade, decepção e surpresa para o paciente, ao ver-se conduzido por profissionais com distintas formações e condutas tão abusivas e inadequadas para contexto do cuidado humano, resultando em descontentamento e até um processo doloroso concebido por ele no período de sua reabilitação.

Foi complicado o atendimento lá [...] Porque tem hora que a gente [...] Tinha falta das coisas [...] Eu tinha que pedir pros outros [...] E as vezes [...] tinha uns... que tinha paciência e tinha outros que não tinham. [...] É faziam tudo de qualquer jeito [...] Mas, os enfermeiros nem tanto, [...] Tinha as enfermeiras que não tinha paciência comigo [...] (11.9).

[...] Em vez deles me colocarem na enfermaria, onde é tudo bem arrumadinho, me puseram no buracão lá embaixo, que era uma imundice [...] Lá nem para animal não servia! [...] Porque estava uma reforma e estava uma imundice [...] Se não serve para animal, quanto mais prá paciente! [...] fiquei revoltado com isso! (15.2).

[...] Aí, o médico, chegou e falou: – Por que você esta aqui?. Eu disse para ele porque tinha caído [...] Fiz cirurgia e estou internada [...] Aí, sabe que o médico falou prá mim?: – É, pessoas gordas têm que tomar cuidado prá não caí. Não pode ficar andando de qualquer jeito [...] Cai mesmo! Pessoa gorda sempre cai! Eu fiquei indignidade ao escutar isso do médico, uma pessoa diplomada tratar assim o paciente [...] não me conformo com aquilo! (16.7).

Existem, no entanto, situações em outras instituições hospitalares nas quais o idoso revelou *sentindo-se bem cuidado pela equipe*, indicando a satisfação ao ser atendido pela equipe de saúde durante a sua reabilitação na unidade de internamento cirúrgico. A sensação positiva é consequência do compromisso dos profissionais de atender o paciente em suas necessidades, no reconhecimento dele nas visitas clínicas, na oferta de atenção e acolhimento, na proximidade, no respeito e responsabilidade do cuidado e na confiança depositada, por meio das ações intervenientes realizadas no complexo hospitalar.

[...] Me atenderam muito bem, peguei uma amizade muito grande com as enfermeiras, com os enfermeiros. Na hora do banho, eu que tenho aquele jeito de ser independente, tive de aceitar [...] O primeiro dia eles me ajudaram, no segundo eles me colocaram na cadeira de roda [...] Me puxaram até o banheiro, abriam a porta e eu ia lá dentro de cadeira, tomava banho e depois [...] Chamava eles, para me enxugar, colocar a roupa [...] Eu gostei! Os caras são bons mesmo [...] (12.12).

[...] Então, Você veja bem. Tive uma sorte [...] Ser operado pelo médico que escolhi. Quer dizer, é uma confiança que a gente tem na pessoa [...] Ele é um

mineirão assim, não tem muita conversa, mas comigo, mais ficou um bom amigo da gente (1.2.16).

É me atenderam muito bem graças a Deus [...] fiquei três dias internada contando antes e depois da cirurgia e fui muito bem tratada pela equipe [...] tanto o medico como as enfermeiras iam muito me ver como eu estava. [...] (18.5).

► PERCEBENDO O PREPARO PARA A ALTA DE IDOSOS-FAMILIARES NÃO PRATICADA COM REGULARIDADE

Como parte da reflexão acerca da assistência prestada no contexto hospitalar, o idoso avalia, de forma pontual, a trajetória do período internação quando se desliga da instituição, circunstância de quando está percebendo o preparo para alta de idosos-familiares não praticada com regularidade. Trata-se do momento de receber a autorização para deixar o hospital, devido à conclusão total ou parcial do tratamento cirúrgico nesse ambiente. Na maioria das vezes, o idoso vai para casa desprovido de qualquer preparo e sem orientações para fundamentar o cuidador familiar na continuidade dos procedimentos para a recuperação do idoso no domicílio.

Apesar da alta, o idoso cirúrgico ainda é acompanhado pelo médico, uma vez que possivelmente é liberado com sonda, drenos, curativos, devendo dar continuidade ao tratamento pelo médico e avaliações constantes, seja no acompanhamento pela unidade de atenção básica próxima a sua residência, seja na revisão médica. Isso assegura a continuidade do tratamento, além de tornar mais agradável para o paciente estar no domicílio junto aos seus familiares.

[...] Depois da cirurgia [...] Eu fui melhorando um pouco, e quando estava começando andar na cadeira de roda, tive alta [...] Aí meu filho trouxe prá casa dele [...] mais eu ainda vim com a sonda [...] Mais é bem melhor estar em casa (11.4).

[...] Depois que fez a cirurgia, fiquei dois dias. Fui liberada pelo médico e voltei para casa de cadeira de rodas [...] mais eu vim um dreno no curativo [...] passou uns dia, eu fui ao postinho e o médico me viu... estava bem melhor (13.3)

[...] Aí terminou a cirurgia, fiquei à noite, e no outro dia me mandaram prá casa [...] Sai de alta hospitalar de cadeira de rodas (15.2).

Essas considerações fazem parte da alta hospitalar, repassando ao paciente os procedimentos a serem realizados em casa, os quais auxiliam e muito

na compreensão do restabelecimento, entretanto, *não recebendo orientações de alta* é uma situação que o idoso pode encontrar também. Neste caso, a ação de negligência e omissão dos profissionais, em fornecer, na alta, as informações e os direcionamentos imprescindíveis quanto aos aspectos relevantes da continuidade do tratamento do idoso cirúrgico em seu domicílio.

A falta de informações na alta pode resultar em prejuízo para o idoso, e este perde, de certa forma, um tempo que poderia ser utilizado para melhor reabilitá-lo. A instrução na alta do idoso pós-cirúrgico quanto à reavaliação e ao retorno médico, ao recebimento de exames e aos encaminhamentos para a Unidade de Atenção Básica e quanto às ações das equipes de ESF, além da indicação para fisioterapia, são imprescindíveis para o andamento da assistência ao paciente. Sem essas informações, o restabelecimento do idoso pode ser comprometido e não ter o resultado esperado.

[...] Ah! senti que precisava de um pouco de informações [...] Ninguém me deu nada no hospital, nem papel, nem falaram, nem de retorno médico, e nada dessas equipes de saúde em casa [...] (17.6)

[...] Na alta o que eu achei mais estranho foi do tempo que me pediram uns exames no hospital, e estou esperando os resultados até hoje. [...] Já faz quatro meses já e não me entregaram [...] (19.6). [...] Eles falaram que iam me dar um papel para o posto [...] Que quando eu saísse do hospital, eles iam me entregar... mais não vi, nem falaram nada mais do papel e dessa assistência das equipes desse ESF [...] (19.7).

[...] O médico não orientou que eu ia precisar de fisioterapia [...] sabe. Não falou nada. Eu até estranhei, porque no meu caso ia precisar, como estou fazendo até agora [...] Eu procurei fazer particular [...] Então, na época quando cheguei aqui em casa do hospital eu pensei se não ia precisar de fisioterapia [...] (18.4).

Uma condição encontrada em poucas experiências dos idosos foi o elemento *recebendo orientações de alta*, o qual traduz o direcionamento ofertado ao paciente pela equipe de saúde, ou pelo médico, durante a autorização para deixar o hospital. É a capacidade da instrução dos meios que guiarão a continuidade do tratamento no domicílio. Nesse momento, os pontos importantes são levantados, como repouso no leito, esforços exagerados sobre o membro afetado, manutenção do posicionamento no leito. Também são realizados os encaminhamentos necessários das equipes de apoio posteriormente à cirurgia, o

que é imprescindível para a reabilitação e a recuperação do paciente no domicílio.

[...] Na alta, eles me orientaram que eu devia fazer um tratamento na perna [...] Então, não posso firmar essa que está quebrada [...] Pediram para eu fazer repouso, não andar, não abaixar para frente, não agachar e não deitar com as pernas cruzadas [...] Tem que deitar com travesseiro abaixo das pernas, porque ainda pode correr o risco da prótese sair do lugar [...] (1.6.2).

Eu sai de alta [...] o médico pediu para não esforçar muito para não pesar o local da cirurgia [...] Era para permanecer de repouso no leito [...] (17.5).

[...] No hospital uma pessoa me deu um cartãozinho a Assistente social e falou se eu precisasse que eu podia chamar [...] (15.4).

[...] O médico pegou nos meus dedos e falou assim prá mim: – Dona T. a Senhora vai ter que fazer esse movimento todo dia nos dedos [...] Sabe? Eu pensei que era isso ia sarar rápido, que era só mesmo um movimentozinho [...] (18.5).

► NOTANDO O APOIO DOMICILIAR DA ESF AO IDOSO DEPENDENTE E AO CUIDADOR FAMILIAR RESTRITO A REGIÕES

Essa subcategoria expressa, a partir da ótica do idoso, a promoção dos serviços das equipes da ESF, no atendimento as suas necessidades no domicílio. Esse entendimento possibilita ao idoso ir avaliando profundamente o serviço de saúde; *não se sentindo apoiado pela ESF*, vivencia a experiência do desprovimento da assistência dessas equipes no seu domicílio.

Manter-se assistido por profissionais durante sua recuperação e reabilitação para o idoso é muito importante, principalmente pelo suporte de informações e procedimentos específicos para seu restabelecimento. Quando ocorre a falta desse modelo de atenção, os encargos ficam por conta dos familiares, que muitas vezes não têm condições de atender ao idoso, seja por desconhecimento, ausência de tempo para aprender e de paciência, seja por não ter preparo apropriado na execução de técnicas específicas para o cuidado do ente enfermo.

Percebemos que, entre os idosos, a negligência é o motivo mais grave da interrupção da comunicação entre os hospitais e as unidades de atenção

básica à saúde sobre a informação e o encaminhamento para a assistência das ESF, o que impede o atendimento específico e ideal ao paciente e os cuidados que promovam a continuidade da assistência iniciada no complexo hospitalar. Ressaltamos que um simples curativo, a verificação da pressão arterial, ou ainda orientação sobre o uso do medicamento pode fazer grande diferença para idoso, o qual, nesse momento, acredita ser indispensável a presença de um profissional da saúde agilizando o quadro de sua melhora.

[...] Não recebi nenhuma orientação no hospital dessas equipes. Eu recebi indo no Postinho. É porque tive infecção, e urinava pela sonda. Mais meu filho me levou no postinho e tratei (11.4).

Senti a falta dessas equipes de saúde em minha casa [...] (14.3).

Acho que eles tivessem vindo eu ia sarar mais rápido a minha perna. (14.3) .

Não. Não falaram nada para mim no hospital dessas equipes de ESF. [...] Ah! As equipes não vieram fazer nada aqui. Não, tive nenhuma informação. Vieram uma vez, ver minha sobrinha aqui, pois tem problemas mentais, então, eles entraram em casa enganado [...] E deram uma olhadinha nos meus pontos e foi só (15.4).

[...] Não passaram orientação nenhuma no hospital quanto essas equipes de ESF. [...] Não deram nenhum papel para levar no postinho para vim me ver e fazer o curativo. Inclusive para tirar os pontos, o meu filho que veio aqui e me levou eu lá no postinho para tirar [...] Aí o médico só olhou falou: - os pontos estão bom, só tá um pouco inflamado. Ai me passou um remédio e eu tomei. [...] Ah! Eu vou falar. Eu senti um pouco de falta das equipes de saúde, como você tá me falando [...] Se as equipes tivessem vindo, pois tem mais experiência e responsabilidade, seria melhor ainda. [...] Mais ninguém me passou informação e ninguém veio para me ver. (17.6)

[...] Ninguém falou nada para mim no hospital sobre essas equipes. Não me passaram nada. Eu nem sabia disso para falar a verdade, eu nem sabia que tinha umas equipes que cuidavam da gente em casa. Que coisa, não! (18.4).

[...] Não, ninguém deu orientação sobre essas equipes de saúde da família tá vindo aqui em casa! [...] Nossa! Então, eu achei falta, deles vim fazer o curativo e ver minha pressão [...] Eu não conseguia andar e não tinha como ir. [...] Minha filha foi no postinho e falou que estava operada, e ai eles falaram. - Ah, é fácil, lava normal, e faz um curativo, só isso [...] e mesmo assim não vieram (19.7).

Semelhante dificuldade enfrentada pelo idoso em relação ao cuidado no domicílio foi o elemento *não contando com o apoio dos familiares*, em razão da falta de confiabilidade no cuidado que estes poderiam oferecer-lhe, o que, consequentemente, vem dificultar a obtenção de suporte familiar. O idoso percebe

que o familiar não acredita na sua capacidade de locomoção, expressando muitas vezes a falta de paciência com sua situação de dependência e não colaborando com o cuidado. Em razão disso, o idoso tem o sentimento de insatisfação e de descrédito com os resultados alcançados em relação a sua reabilitação, mesmo que estes sejam positivos.

[...] Me lembro quando sai do hospital tive que ficar na casa de um filho. [...] Mais lá era bem difícil porque minha nora não cuidava. [...] Não tinha paciência comigo. [...] Só reclamava quando estava longe de meu filho, é claro (I1.5).

[...] Via às vezes minha irmã reclamar de cuidar de mim [...] Ela dizia que era muita coisa para ela (I8.5).

Isso retrata o desconforto com que o idoso tem de lidar, cujo contexto engloba, além da falta de cuidados dos profissionais de saúde, as atitudes desencorajadoras dos familiares. Isso o faz sentir-se dependente e incapaz e forçosamente, precisando aprender a lidar com as circunstâncias inóspitas, resultando em decepção e entristecimento do idoso quando retorna para casa.

Porém, buscamos na experiência encontrar o idoso *sentindo-se apoiado pela ESF*, com percepção mais positiva quanto à assistência das equipes de ESF durante seu restabelecimento no domicílio. Ver-se atendido pelas equipes de ESF no seu espaço físico, para o idoso, é estar seguro de que seu quadro está dentro dos parâmetros esperados para sua recuperação e reabilitação.

A presença da equipe de saúde nas visitas domiciliares é reconhecida pelo idoso como condição imprescindível para sua boa recuperação. Ele avalia a frequência das visitas, os procedimentos executados e a forma como os profissionais acompanham o andamento de sua condição de saúde, mesmo que, por coincidência, descubram sua situação cirúrgica. A assistência das ESF, ofertada por meio das orientações e da execução de técnicas básicas de enfermagem, promove a garantia de qualidade e eficiência do trabalho em saúde, vistas pelo idoso com satisfação e gratidão.

[...] As equipes vieram fazer o curativo e fazer orientações para ir tirar os pontos (I1.14).

[...] Eles me trataram muito bem também. Muitas vezes traziam a maquininha de tirar sangue do diabetes e também o aparelho de medir a pressão. Faz tudo isso sabe? Muito bom!. Me trataram muito bem. Então, não faz muito tempo, acho que umas duas semanas vieram cinco enfermeiras do postinho aqui em casa. (13.4).

[...] Ah! E estou muito agradecida sabe? Graças a Deus que vinham [...] É que eu não podia levantar e era muito sacrifício ir no postinho para fazer a consulta. [...] Até os pontos, não precisei voltar ao hospital [...] É que é a enfermeira do postinho veio tirar pra mim sabe, foi muito bom. Muito especial o que eles fizeram pra mim [...] (13.5)

[...] Toda semana eles vem medir minha pressão, para vê como é que eu estou. Nossa! Esses dias eu fui tomar vacina lá, fui na cadeira de rodas. A minha cuidadora me levou, elas acharam o máximo. Falaram: - Nossa, como você tá bem! Eles falavam da minha aparência (16.4).

Quando eles vinham aqui, falavam o que eu podia comer, o que eu não podia comer, o que eu não podia fazer [...] Os enfermeiros, toda semana vêm... muito bom, estou muito agradecida (16.5).

Após ter percorrido a trajetória de seu restabelecimento, o idoso atribui as ineficiências de seu atendimento às dificuldades de interação dos níveis primário e terciário, *observando problemas na gestão na saúde* como principais razões que aumentaram sua vulnerabilidade para a perda da independência funcional. O idoso refere tais problemas quando existe o acúmulo do serviço por falta de recursos humanos, dificuldade de a equipe desenvolver atividades integradas, infraestrutura inadequada para a população atendida e, principalmente, a baixa qualidade na assistência aos clientes por falta de estímulo para o profissional.

[...] Eu via o trabalho das meninas, mas tinha muita falha eu acho [...] mas talvez seja pelo sistema de saúde? [...] Eu não sei se os médicos pensam muito em dinheiro ou eles trabalham muito, as enfermeiras também [...] Às vezes elas tem dois empregos, trabalham em lugar particular e aqui no público, tem filhos, elas também são cheias de problemas e ainda falta gente para trabalhar [...] Eu via isso pelo jeito que elas falavam entre uma entre outra, a gente escuta a conversa! [...] Eu acho que é isso e também porque não é perfeito. A gente sabe disso. [...] Está cheio de problemas nos serviços de saúde do Brasil (1.8.11).

Outra característica importante do processo de trabalho é de ordem emocional, pois os servidores da saúde apresentam dificuldade em lidar com questões pessoais e profissionais ocasionadas pelas condições de trabalho, resultando em diminuição da eficiência do serviço.

[...] Eu acho complicado [...] os serviços tem muita gente para atender [...] Vejo isso porque a gente pede uma coisa e nada. [...] A gente vê as reportagens aí de quem mais precisa, é péssima (risos). Os governantes que nós temos aí, vou te contar uma coisa é um problema (risos) Não contratam gente para o trabalho, tem acúmulo de serviços, os profissionais não conseguem atender bem os outros, pior, e descontam nos pacientes. Eu não tive problemas assim mais, eu olho para os casos de outras pessoas, que precisam mais que gente e vejo como é difícil [...] O atendimento da saúde pública aqui em Londrina, é péssimo! (I2.15).

Identificar os aspectos oriundos da responsabilidade de cuidar do idoso em tratamento cirúrgico é complexo e às vezes abstrato, pois os profissionais agem conforme a demanda e podem não perceber as dificuldades no trato ao paciente, deixando-os sem base para a assistência adequada a sua necessidade naquele momento. No entanto, observamos haver um grupo pontual e coeso, que consegue atingir de forma individual e holística o cuidado humano, lembrado com gratidão pelos idosos atendidos.

Ao final dessa experiência, emerge o desafio de reconhecer como acontece o restabelecimento do idoso e como se dá o enfrentamento deste, diante das condições físico-psíquicas com que retorna ao seu domicílio. Isso vai da dor e do sofrimento pela perda da autonomia à libertação atingida pelo estado de independência adquirida novamente. Trataremos dessas questões no quarto subprocesso (D) desta experiência.

□ SUBPROCESSO D: SUPERANDO NO DOMICÍLIO A PERDA DA INDEPENDÊNCIA APOIADO NA FAMÍLIA, RELIGIOSIDADE E REMINISCÊNCIA

Expressa o momento em que o idoso torna-se frágil na situação a sua reabilitação ao mesmo tempo a tranquilidade de estar junto ao ente querido no ambiente domiciliar. O cuidado ao idoso, antes feito por um desconhecido, agora passa a ter um significado crucial e profundo, uma vez que o familiar sempre detém a maioria do tempo com o enfermo. No entanto, neste estado de recuperação, o idoso reconhece que perdeu capacidades inerentes a ele como a autonomia, a independência, à liberdade, na tão sonhada aposentadoria, que fazem parte dos pilares construídos durante sua vida. Muitas vezes desenhadas e projetadas para

um velhice tranquila e segura, agora privadas por um evento não esperado. As subcategorias e os elementos contidos neste subprocesso descreverão a trajetória do idoso perante os percalços que fizeram parte do seu restabelecimento até atingir a sonhada independência com a deambulação, em seguida apresentados.

► CONVIVENDO COM SOFRIMENTOS NO PERÍODO DE REABILITAÇÃO

O padecimento dos idosos é relativo à falta de apoio no domicílio para enfrentar não só a dor física provocada pelo trauma sofrido durante a queda, mas também pelo processo cirúrgico. Na maioria das vezes, os pacientes passam à dor moral e ao temor de ter sua reabilitação interrompida por iatrogenias, como infecção hospitalar ou uma nova queda quando reiniciar a deambulação, fatos que poderão condená-lo à dependência permanente.

[...] Fiquei muito triste, porque minha filha tinha que me trazer tudo para mim. Eu ficava deitada lá [...] Sentia dor, só por causa das pernas que não permitiam-me levantar e então, tinha que ficar deitada lá esperando ela vir [...] É a coisa mais horrível. Eu chorei muito ao pensar que poderia não andar mais Quanto sofrimento! (13.3).

[...] Fiquei com medo de pegar infecção lá no hospital. É uma doença horrível (sorriso) [...] (14.3).

Os elementos dessa subcategoria revelam a perda da autonomia do idoso durante o estado de dependência, situação permeada por dor, sofrimento, medo e angústias trazidas pela circunstância do seu restabelecimento no domicílio sem apoio das equipes da ESF e pela busca dessa superação para resgatar sua tão sonhada independência funcional e o retorno ao estado de liberdade.

Tendo que superar a dor sem apoio terapêutico adequado as suas necessidades refere-se ao enfrentamento da dor, sensação desagradável ou penosa do organismo em reagir ao trauma sofrido ou da fase de recuperação da cirurgia. Agravando o trauma físico e a conjuntura inesperada, o idoso experimenta um momento, muitas vezes, de superação na velhice sem o apoio terapêutico adequado as suas necessidades. Essa dor, frequentemente, é descrita pelo idoso como intensa, chegando a ser insuportável, e decorre de sedação ineficaz, gerando

sofrimento físico e emocional, manifestado em choro, temores, queixas da intensidade e do medo de se movimentar e piorar. Tal contexto dificulta sua mobilização no leito e fora do leito, inclusive retardando o início da deambulação. Alguns chegam a permanecer com esse sofrimento por dias e até meses. Os idosos com doenças osteoarticulares associam o agravamento da dor a essas comorbidades.

[...] Sofri porque tinha muita dor, porque eu ia andar e quase que nem dava para eu por o pé no chão [...] Sofri muito [...] (17.3).

[...] No começo não tinha jeito de levantar, porque tinha muita dor [...] Então, minha filha me dava banho em cima da cama, trazia comida... o café, o almoço e o jantar, tudo sabe [...] Ah! Mas eu ficava muito triste com isso [...] Tudo ela tinha que trazer prá mim, eu ficava deitada ali [...] Eu sentia muita dor nas pernas [...] E ter que ficar sem levantar, ficar deitada lá, esperando ela trazer as coisas para mim, era a coisa mais horrível! (1.3.3).

[...] E eu fiquei três meses na cama quase imóvel porque não aguentava que ninguém tocasse na minha perna porque tinha muita dor [...] E depois de seis meses aí eu comecei há levantar um pouco e andar de cadeira de rodas, mesmo assim, doía um pouquinho (18.4).

A falta de habilidade no trato com o cuidado humano e na complexidade de reconhecer as necessidades básicas de uma pessoa enferma faz parte de um cenário possível de ser encontrado no domicílio. Assim, o idoso vai *percebendo a dificuldade dos familiares no manejo com o cuidado*, verificando impedimento de assisti-lo adequadamente, condição necessária a sua recuperação no domicílio. Reconhecer as dificuldades é valorizar o esforço do familiar em aprender a cuidar trocando informações com vizinhos, parentes ou com profissionais da saúde.

O estresse e a ansiedade gerados pela falta de conhecimento do cuidado podem ser produzidos quando o familiar se depara com higienização no leito ou mobilizações, ou com a readaptação para conciliar o cuidado do idoso com as atividades do restante da família. Essas situações, geralmente, despertam compaixão no idoso, o qual age cooperativamente com o familiar, para não sobrecarregá-lo.

[...] É fiquei em recuperação em casa [...] Aí era um pouco difícil. [...] É que vizinha auxiliar de enfermagem tinha que ajudar minha filha. [...] A gente não é acostumado. [...] Minha filha ficou perdida. [...] É ela não sabia nada de

cuidado, Não sabia fazer curativo, nem como dar o banho mas a vizinha que tinha prática ensinou ela a fazer (19.3).

Além disso, o idoso vai *convivendo com a incerteza de recuperar a autonomia na velhice*, expressa por melancolias em face da ameaça representada pela fratura para uma velhice idealizada como época de liberdade e bem-estar. O idoso passa, então, pela incerteza de sua condição física e emocional durante a fase de recuperação pós-operatória.

[...] Eu nunca tive problema de saúde e jamais fui ao médico [...] (11.2).

[...] Eu não ia ao médico antes do acidente [...] (17).

Eu andava muito e agora perdi a liberdade de ir pra lá e para cá [...] (19.1).

Eu andava normal [...] antes da dor [...] E agora nem sei se vou mais andar (18.3).

A fase de reabilitação, por ser uma circunstância variável quanto às condições físicas e emocionais, sendo às vezes lenta e demorada, traz para o idoso a sensação de estar *perdendo a expectativa de deambular*. Isso traduz a sua percepção intuitiva de ficar privado da capacidade de deambular após restabelecimento cirúrgico. Trata-se de momento doloroso, quando se sente impossibilitado de deambular novamente.

A esse respeito, o idoso faz elaborações da própria condição física, geralmente relacionando-a a fatores diversos, como as complicações pós-operatórias, as quais repercutem na reabilitação mais lenta do que era esperado. Nesse contexto, o paciente impressiona-se com a possibilidade de não recuperar sua capacidade de executar atividades simples realizadas anteriormente à fratura, como deambular. Vejamos as declarações:

[...] Nossa, precisa de ver! [...] Pensei que não ia andar nunca mais (13.3).

[...] Nossa! Na hora eu pensava [...] Meu Deus será que eu não vou andar mesmo? Que coisa isso (18.7).

[...] Eu fiquei com medo. Pensei que não ia andar mais (14.1).

(...) Depois da cirurgia [...] Eu pensei que eu nunca mais ia andar [...] (17.2).

A penosa e complexa realidade da reclusão e dependência no leito, provenientes da circunstância do restabelecimento no domicílio, agora toma novos rumos, materializados na superação do idoso, apoiado na família, na religiosidade e na reminiscência, bem como nos primeiros passos para o restabelecimento de sua independência funcional. Esse contexto contribui para torná-lo mais confiante no alcance de seu restabelecimento, conforme apresentado nas subcategorias a seguir.

► BUSCANDO APOIO PARA SUPERAÇÃO NA FAMÍLIA, NA RELIGIOSIDADE E NA REMINISCÊNCIA

Os idosos usam estratégias para suportar a reabilitação domiciliar de cirurgia de fêmur, buscando apoio para superação na família, na religiosidade e na reminiscência. Essas estratégias podem ser consideradas ainda como o conjunto de circunstâncias relativas a suas crenças e valores na superação desse momento. As experiências tomam forma e significado à medida que os eventos vão acontecendo e são identificadas pelo idoso durante seu restabelecimento, conforme apresentamos nos elementos a seguir.

Para expressar o fato de estar *contando com apoio domiciliar*, o idoso traduz toda a confiança depositada em seus familiares e em outros durante seu restabelecimento no domicílio. É a aproximação do cuidador familiar que, durante um tempo, precederá atenção nas necessidades bioafetiva, causada pela recuperação do trauma vivenciado.

O idoso reconhece a tranquilidade do domicílio e percebe com gratidão, amor, carinho e compaixão a atenção dispensada a ele pelos familiares. Os indicadores disso são a colaboração no suporte nos afazeres e atividades domésticas, na higienização no leito, sendo tudo um suporte ativo para a reabilitação. Importante enfatizarmos que manter-se cuidado pelo familiar faz a diferença na recuperação, muito mais que as ações dos profissionais no ambiente hospitalar.

Muitas vezes, também, na impossibilidade de o cuidado ser realizado por um familiar, os idosos são assistidos por não familiares, cuidadores não pertencentes ao núcleo familiar. São pessoas contratadas pelos familiares, por conta da falta de tempo destes para cuidar ou ainda pela busca por um atendimento mais eficaz e específico.

O cuidador profissional ou formal tem a habilidade de promover uma atenção mais diretiva, rápida, segura e promover o treinamento de um familiar próximo para o cuidado, além de assumir toda responsabilidade com o doente. Esse fato é reconhecido pelo idoso na atenção da sua condição de saúde e na capacidade do cuidador profissional de atendê-lo em todas as suas necessidades, muitas vezes consideravelmente mais que um parente próximo, conforme expresso:

[...] Meu marido fazia tudo. Ele arrumava a louça, limpava o chão, e dava comida para os meus cachorrinhos [...] E não podia fazer ele me ajudava como muito carinho e amor [...] (14.3).

[...] Falei, oh filho, eu já cuidei de você, já te dei banho, agora é tua vez (risos)! [...] Sou bem cuidado pelo meu filho enfermeiro, em tudo que preciso (risos) [...] (5.2).

[...] Eu vim pra casa do meu filho e fiquei lá duas semanas [...] Aí meu filho comprava injeção e outras coisas que eu precisasse [...] Ele que mesmo medicava aplicava a injeção e dava banho em mim [...] Cuidou muito bem de mim! (7.4).

[...] Depois que minha irmã não pode mais cuidar de mim eu chamei a cuidadora [...] Nossa! Ela é muito atenciosa comigo. [...] Como se fosse uma irmã. [...] Fez tudo pra mim, deu banho, dava comida, limpava a casa e ainda cuidava do meu netinho para minha filha trabalhar. [...] Tudo fica por conta dela. [...] Não é estranha, minha cuidadora se tornou da família. [...] E fora a experiência de cuidar que ela tem (16.9).

Buscando apoio na religiosidade, o idoso também busca promover sua melhora. Ele se sente amparado em suas crenças e busca na fé o caminho seguro para fortalecer-se diante da sua situação de doente. Manter-se com apoio espiritual o ajuda a enfrentar as barreiras que possam surgir desde a fase de internação à volta para casa.

As entidades espirituais e suas relações com elas, para o idoso, são fundamentais, pois retroalimentam as forças para a recuperação de sua saúde,

para superar a restrição de não poder andar, minimizam a melancolia de permanecer longe do domicílio e o incentiva a almejar novamente o estado de independência. A preocupação com os entes queridos que estão em casa também tem sua parcela de importância nessa relação com a espiritualidade. Nesse cenário, quando o idoso começa a ter restabelecida sua saúde e vence suas dificuldades e limitações, melhora sua autoestima e segurança, considerando a sua recuperação como graça de um ser superior e conferindo-a a sua fé.

[...] Eu passei mal! Muitos me tratavam bem no hospital, outros não tinha paciência comigo, eu fiquei até fora de si! [...] Aí, me a peguei a Deus, orei, para eu ir prá minha casa, cuidar do filho que mora comigo [...] E Deus escutou meus pedidos [...] e eu fui melhorando um pouco sai do hospital e fui cuidada por meu filho em casa [...] Logo estava começando andar na cadeira de roda [...] (11.3).

Eu estou com fé em Deus que eu vou sarar sabe [...] Eu. Que não melhore total, mas que eu pelo menos eu possa andar sem dor! Nossa é o meu sonho (choro) (6.10).

Eu estava de muleta, mas andava assim escorando [...] Agora não mais. Você vê como eu me recuperei [...] Essa cirurgia que fiz foi uma benção de Deus (17.2).

Além da família e da espiritualidade, observamos o elemento *apoiando-se na reminiscência*. É a ação feita pelo idoso no intuito de reportar-se ao passado, com vistas a tentar superar sua condição de “dependente”, por meio de lembranças de situações de sua vida, como o gosto pelo trabalho, quando se via útil e livre para exercer atividades, como cuidar dos netos e ajudar financeiramente em casa, embora no momento atual esteja impossibilitado de realizar tais atividades.

[...] Nós fomos criados no sítio [...] Quando minha filha ganhou o primeiro neto, é que nós viemos para a cidade. A partir de então, trabalhei em uma loja fazendo limpeza geral [...] Fiquei lá durante oito anos [...] Depois trabalhei em uma loja de informática, durante muito tempo [...] Depois eu entrei no clube de recreação, foi quando me aposentei... Após aposentadoria, ainda trabalhei em uma escola pública perto de casa [...] Sempre fui trabalhadora. É, sim gostava muito de trabalhar [...] (19.5).

► RESGATANDO A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Exprime o estado do idoso de resgatar sua independência funcional, possibilitando-o a retomar a sua rotina de atividades diárias, como nos elementos descritos. Entretanto, após um longo período no leito, apesar de sentir o início do estado de sua independência, o idoso passa pela circunstância de estar *iniciando a deambulação*. Essa é a experiência dos primeiros passos após a saída do leito, geralmente auxiliado na locomoção, dentro ou fora de casa. É o momento em que o idoso vislumbra sua independência ao abandonar o uso de cadeiras de rodas, passando ao apoio de muletas ou de andador, forma encontrada para fortalecer a musculatura e dar estabilidade às articulações.

O idoso precisa superar a dor ao pisar no chão depois de muito tempo no leito. Frequentemente sofre com o temor de novas quedas, tem dificuldade em usar os apoios necessários à deambulação, e ainda depende do apoio da família e de profissionais que o auxiliam e o incentivam no restabelecimento de sua independência, a qual é lenta e progressiva.

[...] Mas, comecei melhora, quando comecei a apoiar o pé no chão e dar os primeiros passos (13.6).

[...] Minha recuperação foi par melhor, porque eu estava na cadeira de roda. [...] Da cadeira de roda fui o andador, agora eu estou na bengala. Vejo minha melhora (1.54).

[...] Fui ao retorno médico e ele me liberou e comecei a andar devagarzinho com a bengala e depois com o andadorzinho (14.1).

[...] Nossa! Olha... Você sabe que depois da cirurgia tinha dificuldade de andar. Até hoje ainda ando um pouco embananada. Porque me dói muito pernas para caminhar [...] To andando com andador [...] Ainda tenho medo de ficar sem ele. [...] Queria andar novamente sem apoio, mais tenho medo de cair (19.5).

[...] Após a cirurgia comecei a andar pouco, pois tinha muito medo [...] Mais ao mesmo tempo queria andar como andava [...] (14.2).

[...] Sentia que perdi a força na perna para tentar andar, mesmo com ajuda das muletas [...] Acho que é porque fiquei muito tempo na cama [...] (17.9).

Aos poucos, o idoso vai *sentindo-se aliviado e seguro*, reação emocional de voltar a sentir a sensação de conforto e proteção geradas pelo

tratamento do trauma no domicílio. Manter-se aliviado é a condição primordial referida pelo idoso quando retorna para o domicílio, mesmo que seja de outro familiar. Quando consegue perceber a diminuição da dor no local da fratura, ao ver-se recuperado e com liberdade para deambular, reconhece positivamente a cirurgia e sente-se feliz por deixar de ser, em sua visão, peso ou estorvo para o cuidador familiar. É o resgate de sua independência funcional, conforme relatam:

[...] Agora Faço tudo sozinha [...] Faço meu serviço, minha comida [...] Até limpo a casa (11.6).

[...] Estou bem melhor, mais alegre em casa com meu marido [...] Posso ver minha cachorrada toda [...] Estou bem em casa, recuperada, andando e feliz (14.6).

[...] Ah! hoje eu já me sinto mais feliz por ter feito a cirurgia e poder andar (17.8).

[...] Eu sinto assim muito feliz com minha recuperação (19.8).

[...] Ah! estou assim, mais aliviada, porque dou menos trabalho para minha filha [...] Já levanto sozinha. Me sinto segura para andar e por estar na casa de minha filha [...] (13.5)

Movendo-se entre a superação pela perda da autonomia no domicílio e o resgate da independência funcional apoiado na família, na religiosidade e na reminiscência, o idoso finaliza essa experiência. É a completa reabilitação da independência funcional, perdida por fratura após queda.

5.2 DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL

A estratégia para descobrirmos a categoria central foi inter-relacionar os quatro subprocessos identificados na análise dos dados. Buscamos compará-los e analisá-los para compreender, nas suas propriedades e dimensões, a experiência do idoso com a sua cirurgia de fêmur e compreender como se dava a interação entre as (categorias, subcategorias e elementos). Essa estratégia nos possibilitou identificar o processo representado na categoria central intitulada, **MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA,**

RELIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA SUPERAÇÃO. Assim, a integração entre as categorias com a categoria central possibilitou a construção de um modelo teórico (Diagrama 1), que representa a experiência do idoso nessa situação específica.

MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA, RELIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA SUPERAÇÃO, foi o movimento empreendido pelo idoso na compreensão do transcorrer da experiência, o que deu significado às condições enfrentadas desde sua queda ao procedimento cirúrgico. Determinou-se, assim, o processo de restabelecimento, o qual gerou o estado de dependência e sofrimento até alcançar a independência funcional com a deambulação.

A experiência do idoso apontou, no início, um componente que desencadeou o entendimento do processo: **surpreendendo-se com a queda** retratou a perplexidade do idoso com a queda, principalmente quando, avaliando sinais e sintomas da fratura, percebeu sua dificuldade para deambular. Caracterizando a gravidade da situação, o idoso sentiu intensidade de dor no local, limitação dos movimentos e impossibilidade de se levantar.

A partir daí, o idoso vai sentindo-se triste com a deambulação prejudicada, estado evidenciado nos sinais e indícios de uma possível fratura no momento da queda. A fragilidade súbita pelo incidente o leva a sentir-se triste e com medo, na maioria das vezes chorando inconsolavelmente pela dor e pela impossibilidade de se locomover, configurando a materialização da perda de sua independência funcional. O idoso passa, então, a rememorar incidentes que possam justificar sua queda seguida de fratura, quando vivencia o descobrimo que desafiou sua suscetibilidade à fratura e a riscos. Observa, nesse momento, as condições de saúde pré-existentes ignoradas, como fatores ambientais e histórico de outras quedas.

Reconhecendo a condição de fraturado, o idoso tem o desafio de buscar o cuidado necessário e as estratégias que farão parte do contexto importantíssimo da sua reabilitação, **movendo-se entre a segurança e a**

insegurança na hospitalização. Tal subprocesso retrata a resposta emocional do paciente aos procedimentos hospitalares, procurando manter-se consciente e informado sobre a evolução de seu quadro.

O processo **MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA, RELIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA SUPERAÇÃO,** ocorre já no hospital, vivenciando os primeiros cuidados e confirmando o diagnóstico de fratura como circunstâncias que sinalizam a possibilidade de não recuperação de sua independência funcional. Os símbolos utilizados para essa interpretação fundamentam-se na negligência e na imperícia de alguns profissionais, muitas vezes fomentadas pela precarização de tecnologias radiodiagnósticas e pela inadequação das condições de trabalho no atendimento à demanda de usuários.

No entanto, a partir do momento que o idoso tem a confirmação do diagnóstico da fratura do fêmur e consegue internação, ele se porta mantendo o equilíbrio emocional no pré-operatório como requisito para se sustentar alerta para o reconhecimento de todas as ações que serão realizadas. É um momento difícil de vivenciar, principalmente por conta do confinamento no leito, o que demanda adaptações emocionais e físicas à situação de dependente de cuidados.

Outra adversidade na recuperação do idoso são as situações de morosidade da realização da cirurgia, como dependência de avaliações e exames solicitados por outros profissionais, fila de espera no agendamento de cirurgias e os entraves dos planos de saúde privados. Nesse contexto, o idoso tenta compensar o sofrimento com a postura de se manter emocionalmente equilibrado e cooperativo com a equipe de atendimento hospitalar.

Encaminhado ao centro-cirúrgico, o idoso vai atentando a evolução do procedimento cirúrgico e, para isso, dependerá de os profissionais o manterem consciente para reconhecer de todos os procedimentos a serem realizados. O idoso procura um estado de segurança sobre as suas condições clínicas; tendo isso em vista, colhe informações e as processa para interpretar como está respondendo ao procedimento cirúrgico.

As informações obtidas são essenciais para o paciente reconhecer se o procedimento favorecerá a reabilitação da sua independência funcional. Por isso, demonstra-se tranquilo, evitando a sua sedação. Consciente e orientado, permanece alerta a todos os sinais e sintomas, assim como em comunicação constante com a equipe cirúrgica para avaliar suas condições e a segurança de recuperar sua independência funcional.

Ao término do ato cirúrgico, o idoso vai perdendo a segurança no pós-operatório imediato, porque, ao ser transferido para a UTI, tem sua percepção sensorial alterada por fármacos, complicações pós-operatória ou mesmo por inabilidade na comunicação equipe-paciente em reorientá-lo ao novo contexto.

A partir desse momento, o idoso começa a vivenciar o **deparando-se com a iniquidade da rede de atenção à saúde do idoso dependente cuidador familiar**, quando está avaliando que nem todas as instituições hospitalares estão preparadas para assistir ao idoso. Sustenta-se no efeito das ações e das interações que os profissionais de saúde empreenderam no manejo de seu restabelecimento, reconhecendo as condutas favoráveis dos profissionais como assistência integral e humanizada, ou as posturas e ações negativas das equipes, como a falta de ética, negligência e desprezo com o seu caso.

Notando apoio domiciliar da ESF ao idoso-dependente cuidador familiar restrito a regiões, o paciente observa que nem todas regiões atendidas pela ESF contam com assistência domiciliar de apoio ao seu restabelecimento. Acredita, de modo geral, que os problemas da rede de atenção à saúde do idoso possam ser relativos à falta de gestão de um modelo integração da assistência em níveis primário e terciário, favorecendo assim as necessidades de idosos e cuidadores.

Os desafios vencidos na operacionalização da atenção ao idoso o levam a estar **superando a perda da independência apoiado na família, religiosidade e reminiscência**. Essa condição o fortalece no estágio de convivendo com o sofrimento no processo de reabilitação, caracterizado pela falta de apoio no domicílio para aliviar a dor, a angústia e os medos no resgate de sua independência funcional.

Desse modo, o idoso acaba buscando apoio para a superação na família, na religiosidade e na reminiscência para sustentar a possibilidade de restabelecer sua sonhada independência funcional. Os suportes recebidos no transcorrer do tempo fazem o idoso ir resgatando a independência funcional, com o retorno da autonomia e liberdade com o resgate da deambulação, possibilitando novamente a realização de suas atividades diárias. Manter-se independente para o idoso é novamente sentir-se vivo e capaz de reconquistar habilidades perdidas com a condição de dependente pela fratura.

Com base nesse processo, apresentamos a seguir o modelo teórico:

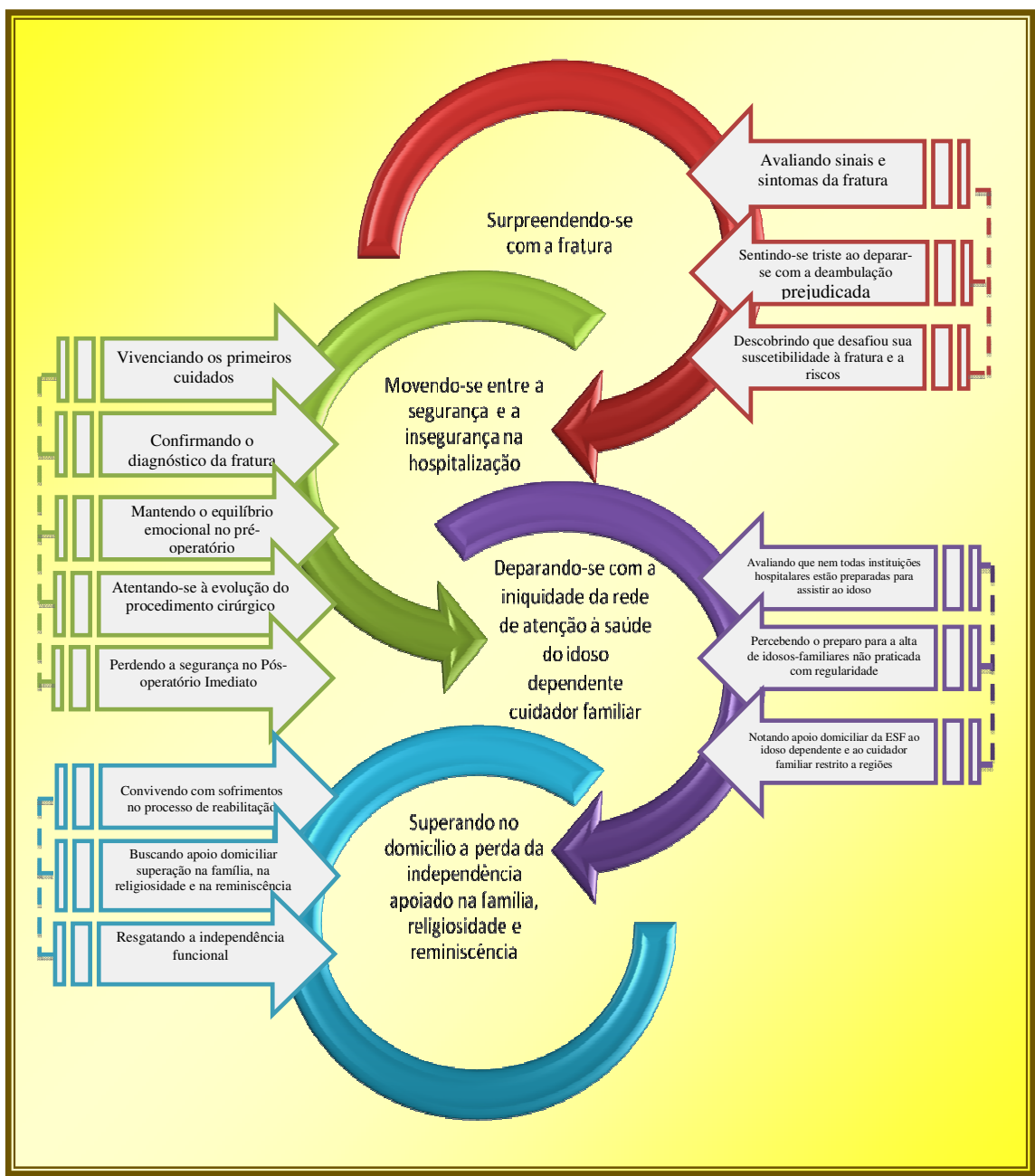


FIGURA 1 – Diagrama representativo do modelo teórico: movendo-se entre a segurança e a insegurança no restabelecimento da independência funcional do idoso após fratura de fêmur: família, religiosidade e reminiscência como apoios para a superação.

6 Discussão

Para compor a análise deste trabalho, seguimos os pressupostos teóricos do Interacionismo Simbólico, amparados pela perspectiva metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), o qual nos permitiu desenvolver um modelo teórico único que representasse o processo estudado.

Strauss e Corbin (2008) afirmam que a teoria fundamentada, por ser embasada nos dados, fornece mais discernimento e amplo entendimento contextual, além de oferecer um guia importante para a ação a ser pesquisada. Nesse sentido, o modelo teórico descoberto, intitulado “**MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA, RELIGIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA A SUPERAÇÃO**”, abstraiu a experiência de idosos que sobreviveram ao evento, o qual foi inter-relacionado em quatro subprocessos.

Primeiramente, o modelo teórico sinalizou o idoso surpreendido com um tipo de fratura que não permite alternativa de tratamento ao cirúrgico. Por conta disso, o idoso empreendeu movimento para o segundo subprocesso da vivência, relativo às fases pré, trans e pós-operatórias, intitulado “movendo-se entre a segurança e a insegurança na hospitalização”. Ainda no cenário hospitalar, estendido ao domicílio, vivenciou o terceiro subprocesso, denominado “deparando-se com a iniquidade da rede de atenção à saúde do idoso dependente e ao cuidador familiar”, para depois encontrar na família, na religiosidade e na reminiscência, os apoios para o restabelecimento de sua independência funcional.

A esse respeito, Rocha et al. (2010) e Carvalho et al. (2010) corroboram os achados deste estudo a respeito de a vulnerabilidade em relação ao idoso fraturado estar geralmente ligada à exposição destes sujeitos a agentes ambientais ou biológicos. Tais agentes ocasionam agravos para a autonomia e independência funcional, alterando todo o comportamento pessoal e o contexto social desses indivíduos na coletividade, inclusive seu equilíbrio emocional. Isso porque a maioria dos idosos se encontra fragilizada, pela condição de perdas associadas ao fenômeno do envelhecimento.

Podemos dizer, nessa perspectiva, que o evento da fratura altera a individualidade do idoso, levando-o à exclusão social por conta do estado de

dependência e baixa autonomia. Entretanto, o reconhecimento da sua vulnerabilidade à fratura só é concretizada quando o idoso sofre um trauma ortopédico, evento que desencadeia outros em virtude do período de reabilitação.

A queda como objeto social, só é avaliada pelo idoso como um evento grave quando associada a indicadores de fratura: dor intensa, limitação de movimentos, impossibilidade de se levantar e dificuldade de apoiar membros inferiores no chão. De modo semelhante, a reflexão sobre sua suscetibilidade a quedas ocorre somente depois ao evento fratura, quando sofre intensamente ao se deparar com a deambulação prejudicada e em estado de dependência funcional.

A respeito das avaliações e reflexões dos idosos nas situações mencionadas, o Interacionismo Simbólico as localiza na mente humana e conceitua esta como a “[...] ação simbólica em relação ao *self* [...]”, atividade em processo contínuo e ininterrupto em comunicação ativa com o *self*, por meio da utilização de símbolos. Como parte das atividades da mente, a pessoa elabora indicações para si próprias, define significados e os interpreta, produzindo sentido para os elementos de uma dada situação. Desse modo, a ação é a resposta desencadeada pela interpretação feita pelo indivíduo em interação com um objeto social (CHARON, 2004).

As respostas advindas da elaboração do idoso sobre sua situação são maneiras de lidar com a dependência. Silva et al. (2009) e Hamra, Ribeiro e Miguel (2007) ressaltam que geralmente existem perdas na autonomia e na independência funcional, ocasionadas pelas quedas, mesmo por tempo limitado. Silva et al. (2009) explicam que tais limitações referem-se a restrição de atividades, imobilidade, prejuízos psicológicos, medo de sofrer novas quedas e de risco de morte, além dos prejuízos relacionados com a família, relativos a custos financeiros e à disponibilidade para o cuidado. Esses conhecimentos confirmam os achados no presente estudo e reforçam que os riscos extrínsecos (ambiente) e intrínsecos (anátomo-físio) aumentam a suscetibilidade dos idosos em relação à fratura precedida de queda e o sofrimento durante o processo de reabilitação.

Nos dados deste trabalho, destacou-se o fato de os idosos buscarem compreender as razões que o levaram à dependência somente após

sofrerem fraturas de fêmur por quedas. Eles as relacionam ao seu próprio histórico de quedas, à realização de atividades em locais inapropriados, no interior e no exterior da casa e às co-morbididades osteoarticulares.

Carvalho et al. (2010) e Lopes e Dias (2010) ressaltam haver limitações precedentes à queda, como doenças osteoarticulares, fatores ambientais, entre outros, as quais remetem o idoso a alterações em sua qualidade de vida. A consequência é uma série de aspectos negativos em seu cotidiano, pois o idoso fica impedido de desfrutar de uma vida independente e ativa. Carvalho et al. (2010) ainda comentam a falta de atenção dos idosos para tais limitações, o que suscita a queda. Apenas depois de vivenciá-las, recobram a consciência sobre a possibilidade de prevenção; por essa razão, ações de domínio preventivo no processo interacional idoso-queda-fratura encontram-se num plano de invisibilidade mental, emergindo somente após o fato materializado.

O mesmo acontece com doenças crônicas, conforme verificado por Souza, Mazeto e Bocchi (2010) investigando a experiência de um grupo de pacientes com osteoporose. Os autores identificaram que a aderência ao tratamento da doença é facilitada quando os seus indicadores estão presentes ou visíveis para a pessoa. Ao não percebê-los, o idoso coloca a osteoporose em um plano invisível, mesmo já tendo a informação sobre os cuidados a serem seguidos.

Esse fenômeno é explicado pelo Interacionismo Simbólico. As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, envolvendo a definição da situação e a interação consigo e com os outros. Sendo assim, a definição da situação feita pelo ator é central para desencadear como a ação ocorrerá (CHARON, 2004).

Na continuidade da experiência, o idoso avaliou que nem todas as instituições pertencentes à rede de atenção à saúde se encontravam preparadas para lhe oferecer atendimento pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar ao binômio idoso dependente-cuidador familiar. Principalmente no âmbito domiciliar, precisou buscar apoio na família, na religiosidade e na reminiscência para superar a perda da independência funcional.

Com os sinais e sintomas de provável fratura no fêmur, após uma queda, os idosos foram encaminhados a serviços de urgência e emergência no município, para avaliação e condutas direcionadas ao trauma sofrido. Contudo, a experiência apontou que nem sempre esses serviços conseguiram lhes garantir acolhimento preferencial para um diagnóstico preciso e imediato, em razão dos desafios impostos pelas condições de trabalho dos profissionais. Os símbolos que traduziram esse contexto ao idoso foram a demanda de usuários, maior do que a capacidade de atendimento do serviço, e o despreparo de profissionais na avaliação clínica, agravada pela precarização dos serviços de apoio radiodiagnósticos.

Nesse particular, verificamos a dificuldade encontrada por tais serviços em garantir uma manutenção preventiva e de renovação de seu parque tecnológico, somado ao uso indevido dos serviços de urgência e emergência pela própria população. O uso feito pelos usuários dos serviços citados é um dos impedimentos para os pacientes que realmente precisam de intervenção de caráter imediato, como verificaram Serbin, Gonçalves e Paskulin (2013) no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para a consolidação desses serviços, os autores recomendam a necessidade de se conhecer o perfil dos usuários, antes de se implementar ações de minimização do uso frequente e desnecessário dos serviços emergenciais de saúde. Também é imprescindível investir na qualificação profissional para o planejamento e execução de ações, em apoio ao atendimento de idosos e seus familiares.

Já hospitalizado, em face da materialidade da fratura de fêmur, o idoso terá de enfrentar o pré, o trans e o pós-operatório como meio de restabelecer sua independência funcional. Nessa segunda fase, a experiência empreendeu movimentos entre a segurança e a insegurança sobre seu processo vivencial. Os achados neste estudo evidenciaram ser indispensável o atendimento às necessidades de segurança do idoso no seu perioperatório, sinalizadas pelo esforço empreendido por ele em se manter equilibrado emocionalmente, evitando assim ser sedado no transoperatório, para permanecer consciente e informado sobre sua evolução clínica-cirúrgica, e dessa maneira, sentir-se seguro no ambiente cirúrgico.

Santos et al. (2009) e Daian, Petroianu e Alberti (2009) constataram, em seus estudos, uma série de sentimentos e avaliações cognitivas a demandar informações fornecidas pela equipe de saúde, para capacitar o idoso no enfrentamento da ansiedade e estresse pré-cirúrgicos. Em nossa pesquisa, o idoso também se utilizou das mesmas estratégias para se manter seguro acerca dos procedimentos realizados dentro e fora do centro cirúrgico. Assim foi no pré-operatório, quando se depararam com os efeitos do confinamento ao leito e da dependência dos cuidados da equipe de enfermagem. Essa fase se tornou mais penosa quando prolongada pela necessidade de avaliações de outros profissionais e de exames complementares. A espera por disponibilidade por vagas no Centro-Cirúrgico e UTI e por insumos para a realização do procedimento com segurança também tornaram mais complexa, para o idoso, a fase pré-cirúrgica.

Bailey (2010), em seu estudo de revisão, observou contexto semelhante. A pesquisadora identificou que a maioria dos trabalhos levantados sinalizou a ansiedade de idosos hospitalizados, principalmente no perioperatório. A autora verificou que a ansiedade decorria das dificuldades estabelecidas na relação entre idoso e equipe multiprofissional de saúde, da dor pós-operatória não gerenciada e do medo de complicações pós-operatórias, como o risco para infecção e a possibilidade de vivenciar a alteração da imagem corporal.

Além da ansiedade, outras questões podem influenciar negativamente o tratamento e a reabilitação dos idosos. Com o aumento considerável de intervenções cirúrgicas na população de idosos, nos últimos anos, Bashaw e Scott (2012) ressaltam a necessidade de se atentar para os fatores de risco como perdas da acuidade visual e auditiva, doenças pré-existentes e alterações na nutrição. Esses fatores podem interferir seriamente nos resultados obtidos no pós-operatório. Tendo isso em vista, para a segurança do idoso, com as próprias limitações impostas pelo envelhecimento e agora em situação de dependência de cuidados da equipe de saúde da unidade hospitalar, esta deve ter adequado preparo técnico-científico, disponibilidade de tempo e paciência na atenção às necessidades do paciente.

Seguindo esse raciocínio, Saenger et. al. (2005) constataram, em diversos estudos, a proposta de intervenções pré e pós-operatórias necessárias

aos idosos, visto que muitas delas podem prevenir e elucidar determinados percalços advindos da cirurgia, como complicações entre outros fatores inerentes ao ato anestésico e cirúrgico, servindo de base para o bom andamento dos procedimentos a serem realizados. Desse modo, é imprescindível ao idoso se submeter ao pré e pós-operatório em condições clínicas, independentemente de suas escolhas ou preferências relativas à hospitalização e aos trâmites admissionais, pois se encontra em estado de risco de vida.

No desdobramento da experiência, percebemos que o idoso, para se sentir seguro, precisa manter-se consciente e informado em todas as fases sobre o tratamento, tendo como expectativa o restabelecimento de sua independência funcional. Entretanto, no pós-operatório imediato, sente-se inseguro, especificamente, quando encaminhado à UTI, local onde passa a ter dificuldades de estabelecer comunicação efetiva com a equipe de saúde e, portanto, de manter-se esclarecido. Esse contexto o torna inseguro, por não permitir compreender adequadamente sinais e símbolos emitidos, por um cenário desconhecido e, muitas vezes, amedrontador, levando-o ao sofrimento psíquico.

Nessa fase, o idoso não avalia satisfatoriamente a assistência oferecida por equipes dessas unidades. Em geral, identifica a falta de paciência da equipe de saúde durante os procedimentos, o não atendimento às necessidades básicas e no descumprimento do papel de cuidador a pessoa idosa, a falta de dignidade com respeito ao seu corpo, a maneira como avaliam seu quadro clínico e as condições impróprias do ambiente para sua recuperação cirúrgica.

A insegurança sentida pelo idoso, no contexto pós-operatório, advém de sua própria vulnerabilidade percebida, fomentada por comunicação ineficaz com a equipe da UTI, por estresse e sofrimento gerado pelas condições pós-operatórias e pela falta de informação acerca de sua evolução clínica e cirúrgica. Os efeitos adversos de medicações, o desconforto pela dor e os déficits perceptivos também contribuem para sua fragilidade.

Podemos dizer que vulnerabilidade é um conjunto de aspectos que envolvem o contexto coletivo, circunstancial, o qual remete à suscetibilidade e às carências referentes a recursos destinados à proteção das pessoas (MUÑOZ

SANCHES; BERTOLOZZI, 2006). Considerando essas noções, podemos afirmar que o despreparo técnico-científico dos profissionais acerca do cuidado do idoso mostra-se também uma forma de vulnerabilidade programática/social dentro da instituição hospitalar, dado como forma de negligência de comunicação e de informação com o paciente ou com seu cuidador (ROCHA et al., 2011).

Observamos, assim, que, além de estarem ausentes do convívio domiciliar, os idosos têm de lidar com problemas relativos à precarização da qualidade da assistência oferecida por instituições hospitalares, como apontam Leite e Gonçalves (2009). Ao investigarem o significado da enfermagem e sua interação com idosos hospitalizados, os autores verificaram a falta de preparo especializado em gerontologia dos profissionais da enfermagem para o atendimento da pessoa idosa.

Muitas instituições hospitalares padecem com a precarização das condições de trabalho, envolvendo inadequação da estrutura física e dos recursos humanos para atender as necessidades básicas de idosos. Conseqüentemente, não é incomum, na relação idoso-equipe de enfermagem, serem vistas infrações éticas, as quais envolvem direitos de privacidade, de consentimento autorizado na realização de procedimentos e de o paciente manter-se informado (PROCHET; SILVA, 2008; ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Neste estudo, apuramos que o idoso com fratura de fêmur foi capaz de perceber as iniquidades na linha de atendimento oferecida pela rede de atenção à sua saúde, pois nem todas as instituições conseguiram oferecer assistência adequada, oferecendo segurança no atendimento as suas necessidades. Parte dos idosos ficou sujeita a sofrimento físico e psíquico em função do atendimento. Essa realidade contraria um dos pilares do SUS, de a equidade garantir a redução das disparidades sociais e regionais e agravos de saúde existentes no país. O controle desse contexto deve dar-se por meio de ações e serviços de saúde na busca de um equilíbrio social.

Ressaltamos que um fator determinante para tal procedimento é uma política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico no combate a situações agudas e extremas, direcionando as ações por meio de

planejamento das políticas de saúde, conforme preconiza o princípio da integralidade. Contudo, esse princípio não vem sendo respeitado na maioria dos hospitais e nas instituições conveniadas ao SUS, como demonstrado também nesta pesquisa (BRASIL, 2000).

Para o idoso, os símbolos que traduzem a iniquidade na assistência oferecida na rede de atenção a sua saúde interagem com seu *self* e *mente*, havendo uma interpretação ativa destes símbolos. Fica evidenciada, desse modo, a ausência de um modelo operacional entre as instituições que garanta a assistência que envolva o binômio idoso dependente-cuidador familiar desde o pré-hospitalar, passando pela fase hospitalar e se estendendo ao domicílio.

O idoso verifica o descompasso na assistência a sua saúde nessa rede ao perceber que nem todas as instituições pertencentes a ela conseguem operacionalizar políticas públicas de direito. A interpretação decorre do prolongamento da espera para o atendimento completo, o que leva a sofrimento. Os símbolos que possibilitaram essa interpretação foram: precariedade de apoio radiodiagnóstico para identificar imediatamente a fratura; burocracias que impuseram morosidade na realização do procedimento cirúrgico; despreparo técnico-científico e ético de equipe de enfermagem; falta do preparo do binômio idoso dependente-cuidador familiar para a transição hospital-domicílio; e problemas relativos à gestão da saúde do município, que vêm restringindo disponibilidade de apoio ao binômio a poucas regiões adstritas à ESF.

Contexto bastante semelhante foi encontrado por Almeida e Aguiar (2011), em cujo estudo se verificou o cenário hospitalar brasileiro para assistência ao idoso caracterizado pelo déficit de recursos humanos e materiais para essa população, bem como a falta de leitos para acomodá-los, além de condições precárias de trabalho para os profissionais da saúde. As autoras acreditam que tais condições provocam questões éticas/bioéticas do cotidiano dos serviços oferecidos aos idosos, os quais deveriam ter seu direito à hospitalização preservados por princípios éticos e legais a fim de propiciar a qualidade da recuperação de sua autonomia.

Outra circunstância vivenciada nesta pesquisa envolveu as orientações para alta praticadas por algumas instituições apenas. O binômio idoso dependente-cuidador familiar retornaram para seus domicílios, muitas vezes, desprovidos de orientações para a continuidade do cuidado. Salientemos, novamente, que a transição hospital-domicílio configura-se numa fase importante para se garantir a segurança na continuidade dos cuidados à saúde do paciente no domicílio. Entretanto, quando as informações são ausentes ou limitadas na alta hospitalar, aumentam-se as chances de se comprometer seriamente a recuperação do paciente, como no caso de planejamentos de cuidados incompletos, além de erros relacionados às orientações do uso de medicamentos (BOILING, 2009).

Percebemos, neste estudo, que o déficit de apoio ao binômio idoso dependente-cuidador familiar tende a se agravar nas situações em que as equipes da ESF têm dificuldades de operacionalizar a atenção domiciliar. Em razão disso, o cuidador acaba assumindo um papel instintivamente e de acordo com suas capacidades físicas, psíquicas e econômicas, o que mostra a fragilização da atenção básica de saúde, criada e politicamente organizada na oferta do atendimento digno à atenção ao idoso. Rocha et al. (2011) encontraram também limitações das equipes de ESF em relação à reflexão e à promoção do cuidado ao idoso. Conforme as autoras, os gestores do ESF poderiam programar e realizar treinamentos específicos para o cuidado do idoso, além de proporcionar a inclusão de profissionais nas equipes e reforma na estrutura física das unidades de saúde, com vistas à efetivação de um cuidado digno para a pessoa idosa.

O atendimento domiciliar ao idoso tem se configurado como um dos desafios a ser operacionalizado pela atenção básica, na maioria dos municípios, há mais de uma década. Alvarez (2001) apontou a necessidade de: assistência domiciliar a idosos dependentes e suas famílias cuidadoras; criação de serviços e programas alternativos desenvolvendo uma rede de apoio comunitário para suprir as necessidades das famílias cuidadoras, sobretudo as mais pobres; rever a formação acadêmica de profissionais da saúde voltada para a assistência à população idosa emergente em nosso meio. Assim como Floriani e Schramm, (2004) concluíram, acreditamos ser essencial maior direcionamento ético na

implantação do atendimento domiciliar, com políticas de proteção ao paciente, à família e ao cuidador, visando a aperfeiçoar a qualidade dos programas oferecidos.

É importante salientarmos que não só a assistência domiciliar tem sido difícil de implantar, mas a própria atenção ao idoso promovida pelas equipes da ESF. Os membros dessas equipes reconhecem que enfrentam dificuldades relativas à falta de preparo para atender essa população, à estrutura organizacional e política e à integração dos membros das equipes no planejamento da assistência ao idoso (CARVALHO; ASSUNÇÃO e BOCCHI, 2010).

Na busca do restabelecimento de sua independência funcional no domicílio, na maioria das vezes, o idoso conta somente com apoio de sua família e com estratégias de enfrentamento, como a religiosidade e a reminiscência. No espaço domiciliar, o idoso primeiramente reconhece a família como base para seu restabelecimento. Nesse cenário, o idoso encontra forças para resgatar sua independência funcional. Muitos manifestam ficarem penalizados com o que consideram uma sobrecarga sofrida pelo cuidador, na maioria das vezes um familiar.

O cuidador é o agente no domicílio que contribuirá na estimulação do idoso a movimentar-se e a deambular, além de auxiliá-lo no autocuidado e nas atividades de lazer. Os cuidadores que apresentam informações, mesmo que incompletas, sobre prevenção de quedas conseguem empregá-la como, a impedir novos eventos de acidentes domiciliares. Acrescentamos que, com o passar do tempo, o cuidador participa nas tomadas de decisões para com o idoso, obtém melhora do acesso às informações jurídicas e médicas e adquire possibilidades de partilhar experiências do cuidado realizado. No entanto, apesar do incremento do apoio social com vistas à saúde mental e que impulsionou a autoeficácia do cuidado, não houve redução significativa da sobrecarga do cuidador membro da família (ÁVILA, 2013). As atividades desse tipo de cuidador podem lhe causar sofrimento psíquico e isolamento social, especialmente quando não tem a colaboração dos demais familiares (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Além da recuperação da independência funcional do doente, o apoio social é uma das variáveis a influenciar a qualidade de vida do binômio

cuidador familiar-pessoa dependente, ao conferir a liberdade ao familiar em retomar o seu plano de vida. Os profissionais da equipe de saúde devem apreender o apoio social percebido pelo familiar. Caso este manifeste sentimentos de reclusão em virtude da função e mediante a falta de apoio, as intervenções devem ser direcionadas para auxiliá-lo, como estratégia de se minimizar danos à saúde do cuidador e ao processo de reabilitação do doente.

Por essas razões, torna-se imprescindível o acesso do binômio cuidador familiar-pessoa dependente às Políticas Públicas de Saúde as quais promovam programas de avaliação e de intervenções implementadas, continuamente, por equipes de saúde. Trata-se de um papel que gera sobrecarga com relação a quem cuida de pacientes, principalmente nos casos em que estes não apresentam um quadro promissor de recuperação da independência e encontram-se desprovidos de apoio social efetivo. Provavelmente, ressaltamos, os familiares terão a saúde física e mental expostas aos efeitos de assumir o papel de cuidador, podendo comprometer o processo de reabilitação/readaptação do paciente e até empreender ações extremistas de submissão do doente a maus tratos (BOCCHI; ANGELO, 2008).

O próprio cuidador familiar deve perceber que o processo de retomada da autonomia, do cuidador e do paciente é interdependente e está condicionado ao nível de reabilitação alcançado pelo doente. Com o tempo, assumir o papel de cuidador de pessoa com dependência funcional traz poucas satisfações ao familiar. Com isso, a adoção de um modo de cuidar acaba sendo muitas vezes a única opção para ambos recuperarem a sua independência. Uma das condições para o familiar se desonerar ou não do papel está ligada à recuperação da independência do doente, e esta, por sua vez, pode estar relacionada à modalidade de cuidado adotado pelo próprio cuidador.

Nesse sentido, a escolha por uma modalidade que não estimule a autonomia do doente também promove a reclusão do cuidador, distanciando-o do estado de liberdade de função pouco gratificante, em muitos casos. As estratégias de superproteção não promovem a autonomia da pessoa com incapacidades, pois estabelecem uma relação de dependência recíproca doente-cuidador familiar,

tornando o primeiro cada vez mais dependente da família e, conseqüentemente, retardando o processo de reabilitação do segundo. (BOCCHI; ANGELO, 2005).

Além do apoio familiar, a religiosidade foi outra estratégia de enfrentamento utilizada pelo idoso para manter-se fortalecido espiritualmente e psicologicamente esperançoso em sua reabilitação. A religiosidade costuma ser praticada mais intensamente à medida que as pessoas vão envelhecendo, tanto na situação de quem goza de boa qualidade de vida, quanto no caso de quem se prepara para a morte (LUCCHETTI et al., 2011). McCauley et al. (2007) verificaram que os idosos com maiores experiências espirituais apresentavam mais energia e menor quadro de depressão perante as doenças osteoarticulares. Para tanto, as referidas autoras recomendam encorajar e valorizar a espiritualidade dos pacientes, tendo-a como ferramenta no processo de cuidar.

Além da religiosidade, a reminiscência se mostrou também como recurso utilizado pelo idoso para ajudá-lo a enfrentar os desafios vivenciados durante o seu restabelecimento no domicílio. Verificamos que isso se deu com o idoso principalmente ao interagir com o sofrimento físico e emocional com a dor e com o estado de confinamento ao leito. O uso da reminiscência o fez sentir fortalecido em momentos de fragilização, apoiado no movimento de seu próprio resgate como pessoa, com um passado de grandes valores para si, sua família e a sociedade.

A técnica terapêutica da reminiscência, como forma de resgatar a memória e lembranças do passado em idosos, tem se mostrado uma ferramenta de intervenção de enfermagem eficaz na valorização de sua vida, promovendo-os ao engajamento em atividades sociais e comunitárias, além de auxiliar a enfermagem a aprimorar o trabalho no desenvolvimento da autoestima dessa população (GUDEX et al., 2010). Os resultados apontam ainda que, quando o profissional da enfermagem apropria-se da reminiscência no processo de trabalho com idosos, os escores de depressão e ansiedade reduzem significativamente, pois, ao promoverem a autoestima, elevam a satisfação com a vida (WU, 2010; STINSON et al., 2010; KORT; BORJEHMER; SMIT, 2010).

Considerando todo o exposto, o modelo teórico **MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA, RELIGIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA A SUPERAÇÃO**, expressou a experiência do idoso com a queda seguida de fatura e a com a vivência do contexto da reabilitação hospital-domicílio. Surgiram definições e entendimentos de que a construção desse processo é permeado por muitos significados, com ênfase à articulação dos serviços e dos arranjos na estrutura familiar pertencentes ao núcleo do idoso.

Procuramos, com esta pesquisa, dar voz a idosos atendidos pelo SUS, residentes em áreas de abrangência da ESF, a fim de apreender a avaliação deles referente à atenção à sua saúde, promovida pelo sistema de saúde municipal, especificamente nos casos de fratura de fêmur, conforme discorrido. Destacamos, ainda, os desafios sinalizados na experiência vivenciada pelo e apresentamos sugestões as quais poderão auxiliar a planificação da política municipal de humanização na atenção e gestão de saúde do idoso com fratura de fêmur, com base nas Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006d), conforme Quadro 5, a seguir:

QUADRO 5 – Ações sugeridas à atenção do binômio idoso com fratura de fêmur-cuidador familiar, no município de Londrina, segundo as diretrizes operacionais para os pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão.

DIRETRIZES OPERACIONAIS TENDO COMO PRIORIDADE PACTUADA A SAÚDE DO IDOSO (BRASIL, 2006d)	PROBLEMAS LEVANTADOS	AÇÕES SUGERIDAS	NÍVEIS DE ATENÇÃO E PARCERIAS
1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.	1.1. Déficit de programas para prevenção de quedas em idosos.	1.1.1. Planejamento e implementação de programa de prevenção de quedas em idosos, conforme preconizado pela OMS (SÃO PAULO, 2010).	Primário
	1.2. Atenção domiciliar no município não operacionalizada em 60% das regiões adstritas ao ESF.	1.2.1. Política de fortalecimento das equipes da ESF para implementarem a atenção domiciliar em cumprimento à Política Nacional do Idoso (Brasil, 2006a) e às Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006d).	Primário
		1.2.2. Integração de equipes multiprofissionais do NASF no processo de reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur no domicílio (BRASIL, 2008).	Primário
2. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.	2.1. Déficit de atenção diferenciada na internação no contexto geriátrico.	2.1.1. Instituir a avaliação geriátrica pela equipe multiprofissional durante a internação hospitalar, bem como a adesão de toda pessoa idosa internada no hospital ao Programa de Atenção domiciliar (BRASIL, 2006d).	Primário e Terciário
	2.2. Prática não comum a todas instituições hospitalares, acerca do preparo do binômio idoso dependente-cuidador familiar para a transição hospital-domicílio.	2.2.1. Promover ambiente apropriado para que o cuidador familiar possa receber da equipe multiprofissional o treinamento necessário a fim de ser capaz de dar continuidade aos cuidados para a reabilitação do idoso no domicílio, supervisionado pelas equipes da ESF, sendo esta apoiada pela do NASF.	Primário e Terciário

		2.2.2. Pactuar consenso entre as instituições hospitalares e equipes da ESF acerca da reorganização de uma linha de cuidado, envolvendo a atenção à saúde do idoso na continuidade de sua reabilitação após a alta hospitalar de cirurgia de fêmur. Para isso, poderão ser utilizadas estratégias de referência e contra-referência para que o planejamento multiprofissional de preparo para a alta hospitalar do binômio idoso dependente-cuidador familiar possa ser supervisionado pela equipe da ESF, com apoio das equipes de reabilitação do NASF no domicílio (BRASIL2008; FRANCO; FANCO, 2011).	Primário e Terciário
3. Estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção domiciliar.	3.1 Necessidade de maior integração das redes de apoio social e de saúde ao binômio idoso dependente-cuidador familiar.	3.1.1. Promover a integração das redes de apoio social e de saúde ao binômio idoso dependente-cuidador familiar, principalmente das famílias em situação de vulnerabilidade social.	Primário
4. O acolhimento preferencial em unidade de saúde, respeitando o critério de risco.	4.1. Demora no atendimento em serviços de urgência e emergência, devido demanda de usuários maior que a capacidade.	4.1.1. Promover campanhas de esclarecimento à população sobre os serviços de atenção à saúde disponíveis na rede municipal, para casos clínicos que não demandam atendimentos de urgência e emergência.	Primário e Terciário
	4.2. Prolongamento do período pré-operatório por falta de vagas concomitantes no Centro-Cirúrgico e UTI.	4.2.1. Realizar estudo sobre as necessidades de ampliação de vagas no Centro-Cirúrgico e UTI conforme demanda de usuários que necessitam de tais atendimentos concomitantemente, assim como de recursos humanos.	Terciário
5. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.	5.1 Morosidade no diagnóstico médico de fratura de fêmur, advinda da precarização da manutenção e da falta de renovação de tecnologias radiodiagnósticas em serviços de urgência e emergência.	5.1.1. Investimentos em programa de manutenção preventiva e de renovação do parque radiodiagnóstico dos serviços de urgência e emergência.	Terciário

6. Fortalecimento da participação social.	6.1. Participação tímida do idoso, por meio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos no município (Diretriz da Política Nacional do Idoso).	6.1.1. Empoderar o idoso na participação e na utilização mais ativa de seu Conselho Municipal como um canal de supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito do município (Brasil, 2006a) e das Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006d).	Primária
7. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa.	7.1 Despreparo técnico, científico e ético da equipe de saúde em gerontologia nos níveis primário e terciário.	7.1.1. Implementar programa de educação permanente na área de envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção primária e terciária em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços, conforme preconizado, no que tange à saúde do idoso, nos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006d).	Primário e Terciário
		7.1.2. Incentivar e promover oportunidades nacionais e internacionais para que os membros da equipe de saúde possam realizar cursos de pós-graduação <i>lato e stricto sensu</i> em gerontologia, assim como para constituírem grupos de estudos, trocas de experiências e pesquisas na área de gerontologia.	Primário e Terciário
8. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa para profissionais, gestores e usuários do SUS.	8.1. Falta de planificação da política de humanização na rede municipal de atenção à saúde do idoso.	8.1.1. Promover a planificação da política de humanização voltada para a atenção à saúde do idoso, segundo as Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011).	Governos Federal, Estadual e Municipal

Objetivamos, portanto, a apontar as demandas dos serviços de atenção ao idoso no município de Londrina no que refere, especificamente, ao com fratura de fêmur. Enfatizamos, além disso, a limitação da análise da voz dos cuidadores desses idosos e dos líderes das equipes da ESF. Acreditamos só ter sido possível realizar essa discussão por conta da opção pelos referenciais teórico-metodológicos com princípios interacionistas, que descrevem o ser humano como sujeito mais ativo no seu mundo. O ser humano é livre naquilo que faz, define o mundo em que age, e parte dessas ações a ele pertence; ele faz a escolha consciente sobre a direção dessas ações em face dessa definição, bem como a identificação dessas ações e a de outros e a sua própria direção (CHARON, 2004).

7 Considerações Finais

A construção do processo **“MOVENDO-SE ENTRE A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA NO RESTABELECIMENTO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO, APÓS FRATURA DE FÊMUR: FAMÍLIA, RELIGIOSIDADE E REMINISCÊNCIA COMO APOIOS PARA A SUPERAÇÃO”**, a partir do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados na perspectiva do Interacionismo Simbólico, permitiu-nos compreender os significados atribuídos pelo idoso ao cuidado ofertado pela rede de atenção à saúde de Londrina, durante sua experiência com a fratura de fêmur e com o restabelecimento da cirurgia e da independência funcional.

Inicialmente, a experiência nos mostrou a dificuldade que o idoso apresenta ao se perceber exposto a fatores intrínsecos e extrínsecos à sua suscetibilidade para a queda seguida de fratura. Observamos que o processo interacional idoso-queda-fratura encontra-se num plano de invisibilidade mental, emergindo somente após o fato materializado.

Posteriormente, a experiência apontou os movimentos do idoso entre a segurança e a insegurança sobre seu processo vivencial, que o leva a perceber as iniquidades promovidas pela rede de atenção a sua saúde. Sua interpretação foi realizada por meio de símbolos os quais traduziram o despreparo da rede de atenção à saúde geriátrica por parte de instituições que oferecem atendimento pré-hospitalar, hospitalar e domiciliar ao binômio idoso dependente-cuidador familiar.

No âmbito pré-hospitalar, nem sempre os serviços conseguiram garantir-lhe um acolhimento preferencial para o diagnóstico ser preciso e imediato, em razão dos desafios impostos pelas condições de trabalho dos profissionais. Os símbolos que sinalizaram esse contexto ao idoso foram: a demanda de usuários além da capacidade de atendimento do serviço e o despreparo de profissionais na avaliação clínica, agravada pela precarização de serviços de apoio radiodiagnósticos.

No pré-operatório, essa fase se tornou ainda mais penosa quando prolongada, em razão de a condição clínica do idoso para a cirurgia necessitar de avaliações que dependiam da disponibilidade de outros profissionais e da realização de exames complementares. Também agravou o sofrimento dessa fase

a espera por vagas, concomitantemente, no Centro-Cirúrgico e UTI e de insumos para a realização do procedimento cirúrgico com segurança.

Entende-se que o ápice da insegurança do idoso transcorreu no contexto do pós-operatório imediato, quando transferido para a UTI, sendo submetido a intenso sofrimento psíquico, gerado pela sua própria fragilidade e vulnerabilidade de se tornar paciente de unidade de cuidados críticos. A comunicação com a equipe se configurou ineficaz, impedindo-o de acessar informações acerca de sua evolução clínica e cirúrgica, muitas vezes, pelo próprio contexto de trabalho vivenciado pela equipe, pelos efeitos adversos de medicações e pelos seus déficits perceptivos.

O transoperatório foi diferente. Essa fase, vivenciada no cenário centro-cirúrgico, se apresentou mais acolhedora, por se mostrar favorável no atendimento a sua necessidade de segurança, quando mantido consciente e, portanto, comunicativo com o ambiente e os membros da equipe. Esse contexto só foi possível em virtude do esforço empreendido pelo idoso em se manter equilibrado emocionalmente, evitando ser sedado, a fim de permanecer consciente e informado sobre sua evolução clínico-cirúrgica. As informações foram o parâmetro utilizado para avaliar o sucesso do procedimento e, conseqüentemente, suas perspectivas de reabilitar sua independência funcional.

Após transferido da UTI para a unidade de internação, o idoso continuou identificando situações inóspitas, relativas à ambiência hospitalar, as quais certamente poderiam ser melhoradas se houvesse investimentos estruturais e em recursos humanos, na dimensão técnico-científica e da Bioética. Os símbolos que o alertaram foram: falta de paciência e de respeito ao corpo da pessoa idosa durante os procedimentos realizados pela equipe de saúde; não atendimento às necessidades básicas de higiene, auxílio na mobilização e alívio da dor; não preparo do binômio idoso dependente-cuidador familiar para a transição hospital-domicílio.

Em face de o cenário que se apresenta, verifica-se a necessidade de se implementar políticas específicas para o setor hospitalar no Brasil, estimulando a reestruturação do mesmo, para responder às reais necessidades da população, de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional. A

atenção hospitalar deu-se, nos últimos anos, como um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. Neste contexto, percebe-se que é inegável a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos absorvidos por esse nível de atenção. Desta forma, em face da necessidade de (re)construção de um novo papel dos hospitais brasileiros, dentro da rede de serviços do SUS é indispensável apreender sua historicidade, seus determinantes, os valores e atores envolvidos, objetivando assim, à construção de propostas que possam ir ao encontro de políticas estruturantes e coerentes para a garantia e ampliação do acesso à população usuária dos serviços do SUS.

Considerando que, a maior parte do processo de reabilitação do idoso submetido a cirurgia de fêmur transcorre no seu domicílio, esse processo o torna vulnerável quando não há responsabilização do hospital em preparar a alta do binômio e referenciar o idoso para a unidade de atenção básica de saúde a que pertence no município. Agrava-se ainda mais a situação quando o binômio pertence a uma das regiões adstritas ao ESF desprovidas de atenção domiciliar.

Carentes de apoio social do Estado, os idosos só se mantêm esperançosos na possibilidade de resgatarem a independência funcional por contar com o cuidado da família, com a sua religiosidade e com a reminiscência. Estratégias essas que o fortalece psicologicamente para o enfrentamento de uma experiência um tanto dolorosa.

Esperamos, com a realização deste estudo, ter contribuído não só para sinalizar as fragilidades da rede de atenção à saúde do idoso, em situação de fratura de fêmur e restabelecimento da cirurgia no município de Londrina, mas também para apresentar sugestões as quais possam subsidiar a planificação municipal de humanização na atenção à saúde do idoso, em cumprimento às Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em todos os níveis de atenção. Acreditamos que os sobreviventes de tal agravo podem potencializar suas oportunidades de resgatar a independência funcional, tendo em vista ser esta condição de o idoso usufruir o direito à promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Referências



-
- ALLEN, S. L. Cirurgia Geriátrica. In: ROTHROCK, J. C. **Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente Cirúrgico**. 13° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 1162.
- ALMEIDA ST, et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predis põem a quedas em idosos. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 427-33, 2012.
- ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. O cuidado ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 197-217, 2011.
- ALVAREZ, A. M. 2001. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e seu cuidado em seu contexto social**. Tese (Doutorado em Filosofia em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Florianópolis, Florianópolis, 2001.
- ALVES, N. B.; SCHEICHER, M. E. Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 763-768, 2011.
- ARAÚJO, F. S. R. O planejamento da alta por enfermeiros aos clientes das unidades clínicas e cirúrgicas: perspectivas da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar. 2012. 140f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.
- ANDRADE, C. Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 61-71, 2009. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.
- ANDRIETTA, M. P. et al. Plano de alta hospitalar para paciente com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1445-52, 2011.
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis**: uma perspectiva de enfermagem. 1997. 126 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ÁVILA, M. A. G. **Independência funcional em idosos no pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal**: o papel do cuidador. 2013. 125 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.
- BAILEY, L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. **Association of Operating Room Nurses Journal**, Denver, v. 92, n. 4, p. 445-457, 2010.

BASHAW, M.; SCOTT, D. N. Surgical risks factors in geriatric perioperative patients. **Association of Operating Room Nurses Journal**, Denver, v. 96, n. 1, p. 58-74, 2012.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso. **Protocolo de avaliação admissional multidimensional do idoso institucionalizado**. Belo Horizonte: PBH/SMS, 2004.

[BENTUR, N.](#) Hospital at home: what is its place in the health system? **Health Policy**, Amsterdam, v. 55, n. 1, p. 71-79, 2001.

BLUMER, H. **Symbolic Interacionism**: perspective and method. Berkeley: University of California, 1969.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação do familiar pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 729-738, 2005.

BOCCHI, S. C. M; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como qualidade de vida no binômio cuidador familiar pessoa-depedente **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008.

BOILING, P. Care transitions and a home health care. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 135-148, 2009.

BOWEN, B. Cirurgia Ortopédica. In: ROTHROCK. J. C. **Alexander Cuidados de Enfermagem ao paciente Cirúrgico**. 13° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 747-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova a s diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

_____. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria do nº 1395 de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> Acesso em: 05 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano 2, n. 5, p.1-80, 2002.

_____. **Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/2003l10741.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 19 out. 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. v. 4. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/04.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 15, n. 1-72, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/GM de 04 de março de 2008**. Aprova o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>> Acesso em: 7 de jul. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/index.php>> Acesso em: 30 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília, DF, 2011.

-
-
- BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. S. O Enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1019-1026, 2005.
- BUFON, M. C. M.; RODRIGUES, C. K. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção básica primária em saúde. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 96-98, 2005.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, 2003.
- CARVALHO, C. J. A. **Análise dos registros em uma unidade cirúrgica de um hospital escola**. 2005. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- CARVALHO, C. J. A.; ASSUNÇÃO, R. C.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família quanto à assistência prestada ao idoso: revisão integrativa da literatura. **Phisys, Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 1307-1324, 2010.
- CARVALHO, R. et al. O olhar e o sentir o idoso pós queda. **Revista Brasileira de Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2010.
- CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 8. ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2004.
- CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory**. Reading: Addison-Wesley, 1986.
- CHUANG, K. Y. et al. Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. **The Journal Nursing Research**, Taipei, v. 13, n. 2, p. 117-28, 2005.
- CLEMOW, R.; SEAH, J. Collaborative working to improve the return of patients to their usual place of residence following fractured neck of femur. **Journal of Orthopaedic Nursing**, Edinburgh, v. 10, p. 33-37, 2006.
- COLEMAN, R.; REILAND, A. Emergências Ortopédicas. In: STONE, C.K.; HUMPHIRIES, R L. (Orgs). **Current: diagnóstico e tratamento**. 7ªed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013. p. 428.
- CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A. **Atenção à saúde do idoso**: instabilidade postural e queda. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

COUTINHO, E. S. F.; BLOCH, K. V. ; COELI, C. M. Mortalidade de um ano após hospitalização por fratura decorrente de queda: comparação com idosos pareados da população. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 801-805, 2012.

CREUTZBERG, M. Tratar mais a pessoa idosa, sobre tudo a que está acamada: subsídios para o cuidado domiciliar. **Mundo da Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 298-305, 2000.

CUNHA, P. T. S. et al. Fratura de quadril em idosos: tempo de abordagem cirúrgica e sua associação quanto a delirium e infecção. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 173-176, 2008.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de mover no território. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

DAIAN, M. R.; PETROIANU, A.; ALBERTI, L. R. Avaliação do stress psíquico em pacientes submetidos a operação de grande porte sob anestesia Geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 245-251, 2009.

ELORANTA, S. et al. Home care from the perspective of older clients and their professional carers. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 51, n. 2, p. 180-184, 2010.

ENGELHARDT, G. V.; GREENHALGH-STANLEY, N. Home health care and the housing and living arrangements of the elderly. [Journal of Urban Economics](#), New York, v. 67, n. 2, p. 226-238, 2010.

FALAVINA, R. S. Fratura do fêmur distal no adulto. In: HEBERT et al. (Orgs). **Ortopedia e traumatologia: princípios e Práticas**. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.1398.

FIELD, P. A.; MORSE, J. M. **Nursing research**: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publishers, 1985. 169 p.

FLORIANI, C.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou Solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FLORIANI, C.; SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 527-534, 2006.

FONSECA, T. A. L. **O enfermeiro e as necessidades de saúde do cuidador do idoso em pós-operatório de artroplastia total de quadril**. 2008. 60 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FRANCO, T. B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde**. 2006. Disponível em: <www.hucff.ufrj.br/micropolitica>. Acesso em: 16 maio 2012.

FRANCO, T.; FRANCO, C. M. Linha de cuidado integral. In: PÊSSOA, L. R. et al. **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 60-75.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A IMPORTÂNCIA DAS QUEDAS NO MESMO NÍVEL ENTRE IDOSOS NO ESTADO DE SÃO PAULO. **REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA**, SÃO PAULO, v. 56, n. 2, 162-167, 2010.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967. 271 p.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GUDEX, C. et al. Consequence from use of reminiscence – randomised intervention study in the Danish nursing homes. **BMC geriatrics**, Denmark, v.10, n. 33, p. 2- 15, 2010.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.

HOSPERS, A. P.; CHAHINE, L. M.; CHEMALI, Z. Health care delivery systems for older adults: how do the Netherlands and Lebanon compare? **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 65, n. 10, p. 1979-1985, 2007.

-
- IBGE. **Sinopse do censo demográfico**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>: Acesso 9 mar. 2012.
- JEDE, M.; SPULDARO, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 413-421, 2009.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001.
- KHAN, S. K. et al. Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. **Journal Injury**, Unidet Kingdon, v. 40, n.7, p.692-7, 2009.
- KORT, J.; BORJEHMER, E. T.; SMIT, F. Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. **BMC Public Health**, Enschede, v. 9, n. 250, p. 1-11, 2010.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LEITE, M. T.; GONÇALVES, L. H. T. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto & Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 108-115, 2009.
- LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: PAPAIEU NETTO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 92-97.
- LIBRERO J. et al. Timing of surgery for hip fracture and in-hospital mortality: a retrospective population-based cohort study in the Spanish National Health System. **BMC Health Services Research**, Valencia, v. 12, n. 15, p. 1-11, 2012.
- LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- LONDRINA. Prefeitura do Município de Londrina. **A história de Londrina**. 2013a. Disponível em: /index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=5 Acesso em: 03 jul 2013.
- LONDRINA. Prefeitura do Município de Londrina. Secretaria da Saúde. **A expansão o Psf**. 2013b. Disponível em:index.php?option=com_content&view=article&id=496&Itemid=588&limitstart=3 acesso em 03 jul. 2013.

-
- LOPES, M. C. L.; VIOLIN, M. R.; MARCON, S. S. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 472-477, 2007.
- LOPES, R. A.; DIAS, R. C. O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Revista ConScientiae**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 504-509, 2010.
- LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.'
- MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. Sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1085-1092, 2006.
- MANDÚ, E. N. T. et al. Visita domiciliar sobre a ótica dos usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.
- MARTINS, L. O. A contribuição do trabalho do assistente social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 4, n. 8, p. 163-178, 2011.
- MCCAULEY, J. et al. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. **Arthritis Care and Research**, New York, v. 59, n. 1, p. 122-128, 2007.
- MENEZES, H. S **Idosos submetidos ao tratamento cirúrgico**. Canoas: Universidade Luterana do Brasil, 2005.
- MINAYO, H. S. S. Ciências, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa social**: teoria método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9-29.
- MINAYO, M. C. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M. C. S. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E OS DESAFIOS PARA O SETOR SAÚDE. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, RIO DE JANEIRO, v. 28, N. 2, P. 208-209, 2012.
- MONTEIRO, C. F. S.; LUZ, M. H. A. Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 456-461, 2006.

- MONTEIRO, O. N. et al. **O profissional de enfermagem e a questão do autocuidado dos idosos**. 2008 Disponível em: <http://www.pestalozzi.org.br/asp/artigos_zoom.aspx?id=541>. Acesso em: 5 maio 2012.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.
- MUÑOZ SANCHEZ. A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2006.
- NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1 p. 15-20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 5 maio 2013.
- NASCIMENTO; M S.; NASCIMENTO; M. A. A prática da enfermeira no Programa saúde da Família: a interface da vigilância da saúde as ações programáticas em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-435, 2005.
- NUNES, L. M.; PORTELLA, M. R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 109-121, 2003.
- OLIVER, D. Medical input, rehabilitation and discharge planning for patients with hip fracture: why traditional models are not fit for purpose and how things are changing. **Current Anaesthesia & Critical Care**, Edinburgh, v. 16, p. 11-22, 2005.
- OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao Idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-81, 2010.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St Louis: Mosby Year Book Inc, 1995.
- PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos e dependentes no Domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-736, 2012.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, R. L. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 37-56.

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

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Investigation científica en ciencias de la salud**. 6. ed. México: McGraw-Hill, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Situações de desconforto vivenciadas pelos idosos com invasão do espaço pessoal e territorial. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 310-315, 2008.

RAMOS L. R.; CENDOROGLO, M, S. **Geriatrics e Gerentologia**. 2º ed. Barueri: Manole Ltda: 2011. p. 58-73.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

RICCI G. et al. Evaluation of the mortality rate one year after hip fracture and factors relating to diminished survival among elderly people. **Revista Brasileira Ortopedia**, São Paulo, v.47, n.3, p. 304-9, 2012

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fraturas de quadril. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 690-696, 2010.

ROCHA, M. A.; AZER, H. W.; NASCIMENTO, V .G. Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 17, n.1, p.17-21. 2009.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, 186-91, 2011.

SAENGER, M. E. D. et al. Análise das internações cirúrgicas em idosos, em um hospital geral. **Arquivo Médico**, Canoas, v. 8, n. 2, p. 5-19, 2005.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, 2007.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de São Paulo. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. Tradução Letícia Maria de Campos. São Paulo: Centro de Produção e Divulgação Científica, 2010.

SANTOS, et al. Estresse do pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 269-272, 2009.

SANTOS, I.; SARAT, C. N. F. Modalidade de aplicação da teoria de Orem em comunicações científicas da enfermagem brasileira. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, 2008.

SCHEINEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento no na atualidade: aspectos cronológicos, psicológicos e sociais. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 55-63, 2013.

SILVA et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si : uma compreensão pragmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP.**, v. 24, n. 3, p. 697- 603, 2009.

SILVA, J. E. B. P. T. B.; FREGONEZI, V. P.; SILVA, G. A. Aspectos cirúrgicos do paciente Idoso. IN: **Geriatría para clínica: medicina aplicada à terceira idade**, Rio de Janeiro: Revinter, p. 615-618, 2012.

SILVEIRA, V. A. L. et al. Incidência de fratura de quadril em área urbana do nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 907-912, 2005.

SILVERMAN, D. **Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interacion**. London: SAGE, 1995.

SILVESTRE, J. A. N.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de queda em idosos fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-756, 2007.

SMELTZER, S. C. et al. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 12. ed. In: **Cuidados de Enfermagem Pré Operatórios**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 423-439.

SOUZA, L. B.; MAZETO, G. M. F.; BOCCHI, S. C. M. Autogerindo o tratamento da osteoporose no resgate do bem-estar, mediado pela (in)visibilidade de indicadores da doença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 106-113, 2010.

SOUZA, L. M.; WERGER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de educação para o educador leigo. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15. N. 2, 337-343, 2007.

STINSON. C. K. et al. Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Beaumont, v. 17, n. 8, p. 665-73, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, 2005.

VENDITES, S.; ALAMEDA-FILHO, C. M.; MINOSSI, J. M. Aspectos gerais da avaliação do pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 173-172, 2010.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 4. ed. São Paulo: Roca, 2009.

WU, L.F. Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. **Journal Clinical Nursing**, Taiwan, v. 20, n. 15, p. 2195-203, 2010.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte da Tese de Doutorado e tem como Título *“Compreendendo a Experiência do Binômio familiar/ idoso pós-cirúrgico acerca da assistência prestada pelo ESF no Domicílio”*

Eu, Cesar Junior Aparecido de Carvalho, aluno do Curso do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista de Botucatu.

Esta pesquisa tem o objetivo do estudo, que visa a compreender a experiência quanto à assistência prestada pela equipe de Estratégia Saúde da Família no domicílio, o qual, os conhecimentos obtidos por meio dessa pesquisa poderão subsidiar futuros programas de melhoria voltados ao trabalho em equipe no modelo Saúde da Família, principalmente em relação no cuidado com o paciente idoso cirúrgico no domicílio. A pesquisa tem a pretensão de investigar em torno de 20 familiares e pacientes. Para isso, será encaminhado solicitação da pesquisa em quatro Instituição Hospitalar da cidade de Londrina que realizam cirurgia ortopédica. O Entrevistado tem a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo da sua pessoa ou familiares. O fato das entrevistas serem gravadas, a respeito do qual, o pesquisador se compromete a guardar o anonimato das informações coletadas e destruir as fitas após o término da pesquisa. Nenhuma renumeração será obtida por meio da mesma em qualquer estância de seu desenvolvimento, destinado apenas para fins científicos e contribuição para outros estudos.

Sendo assim, eu solicito o seu consentimento para incluí-lo em meu trabalho e asseguro manter sigilo, fazendo uso da sua participação para a avaliação científica e possível publicação deste trabalho, dentro dos princípios éticos que devem nortear a pesquisa e nossa profissão. Gostaria também de esclarecer que a sua participação não implicará em remuneração financeira e caso não deseje participar, tem a liberdade de fazê-lo, tanto no início como no decorrer do trabalho, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

Em caso de dúvida pode esclarecer com o próprio pesquisador:
Cesar Junior Aparecido de Carvalho Fone: (43) 9970 6863

E também poderá entrar em contato com o Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina pelo telefone (43) 3373 1500.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Cesar Junior Aparecido de Carvalho
PESQUISADOR ORIENTANDO DOUTORADO BOTUCATU

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo participar.

DATA: _____

ENTREVISTADO (PACIENTE)

Anexos

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA DA SANTA CASA DE LONDRINA



IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

Londrina, 09 de Novembro de 2010.

CEP 360 /10 - CAAE: 0021.0.083.000-10
Ofício nº. 036/10 BIOISCAL

Ciente
Em: 09/11/2010

Ilmo. Sr.:

Prof. MS. Cesar Junior Aparecido de Carvalho

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina - BIOISCAL, de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, APROVA a realização do Projeto: "COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO BINÔMIO FAMILIAR CUIDADOR / IDOSO CIRÚRGICO ACERCA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE DE ESF".

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, **qualquer modificação** que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e segundo esta resolução citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, **relatório parcial semestral (vencimento maio/2011) e final da pesquisa.**

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Ir. Elvira Maria Perides Lavand
Coordenadora do BIOISCAL

Rua Espírito Santo, 523 - Fone: (43) 3373-1500 - Fax: (43) 3373 1633
CEP: 86010-510 - Londrina - Paraná

ANEXO B

APROVAÇÃO DA ALTERAÇÃO DO TÍTULO DA TESE



Ciente
Em: 01/01/2013

Ilmo. Sr:

Prof. MS. Cesar Junior Aparecido de Carvalho

Londrina, 28 de junho de 2013.

CEP 380 /10 - CAAE: 0021.0.083.000-10
Ofício nº. 026/13 BIOISCAL

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina – BIOISCAL, de acordo com orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde/MS e Complementares, e após receber declaração que não consta nenhuma alteração no conteúdo metodológico anteriormente apresentado para análise do CEP, **APROVA a alteração do título** do Projeto de Pesquisa "COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO BINÔMIO FAMILIAR CUIDADOR / IDOSO CIRÚRGICO ACERCA DA ASSISTENCIA PRESTADA PELA EQUIPE DE ESF " analisada e aprovada em 09/novembro/2010 sob o nº do Ofício nº. 036/10 - para **"A EXPERIÊNCIA DO IDOSO COM FRATURA DE FÊMUR"**.

E segundo a Resolução acima citada, no art. XI Item d deve ser encaminhado a este Comitê, relatórios parciais semestral e final da pesquisa:

Atenciosamente,

Ir. Elvira Maria Perides Lawand
Coordenadora do BIOISCAL

