

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária

DO HOSPITAL À COMUNIDADE: A PROBLEMÁTICA DAS ALTAS PRECOSES NA PESSOA
IDOSA DEPENDENTE COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR

FROM THE HOSPITAL TO THE COMMUNITY: THE PROBLEM OF EARLY DISCHARGES FOR AN
ELDERLY DEPENDENT PERSON WITH FRACTURE OF THE PROXIMAL TIP OF THE FEMUR

Dissertação orientada pela Professora Doutora Margarida Abreu

Maria Carolina Magalhães Basto Furtado de Mendonça

Porto, 2017

“Falar de um assunto empodera esse assunto,
vamos falar de Luz, Fé e Gratidão?”

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

À Unidade Local de Saúde de Matosinhos, na pessoa da Senhora Enfermeira Chefe do serviço de Ortopedia pelo incentivo à investigação. À Enfermeira Paula Pereira e Enfermeira Isabel pela disponibilidade e preciosa ajuda.

Aos profissionais de Saúde pela disponibilidade e partilha da sua experiência.

Aos familiares Cuidadores, pela disponibilidade e partilha.

À Professora Doutora Margarida Abreu, por aceitar, com tão grande disponibilidade acompanhar-me e apoiar-me neste percurso. Obrigada pelos incentivos, orientação, sugestões, conselhos e compreensão.

Ao meu Pai, pelo exemplo de vida, de generosidade e de fé.

À minha mãe, pelo seu amor, paciência e infinito apoio.

Às minhas amigas Joana, Sara e Ângela, pelos incentivos, pelas gargalhadas, pela força e principalmente por acreditarem sempre em mim.

A ti, Rapha, meu amigo e companheiro de todas as horas, por seres o principal responsável por eu ter chegado até aqui. Obrigada por tudo.

A todos os que, ao longo deste percurso, acreditaram em mim, quando eu menos acreditei.

A todos, o meu muito obrigada

RESUMO

Com o envelhecimento populacional e, conseqüentemente, a diminuição da funcionalidade física e capacidade cognitiva, aumenta o risco de queda e assim, o risco de fratura da extremidade proximal do fémur. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo conhecer os critérios definidos para a alta hospitalar das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur; identificar a percepção dos profissionais de saúde, envolvidos na alta das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur sobre o momento desta; identificar a diferença entre os conteúdos necessários e os transmitidos ao familiar cuidador na preparação da alta de pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur e Identificar a percepção dos familiares cuidadores em relação ao momento da alta hospitalar da pessoa idosa internada após fratura da extremidade proximal do fémur. **Metodologia:** O estudo foi de natureza qualitativa, descritivo e exploratório. Participaram no estudo os profissionais de saúde que exerciam atividade profissional no serviço de ortopedia e eram responsáveis pela referenciação dos doentes, bem como os que pertenciam à equipa de gestão de altas e os familiares cuidadores das pessoas idosas que sofreram fratura da extremidade proximal do fémur. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada. Os dados foram tratados através da análise de conteúdo de acordo com a técnica definida por Bardin. **Resultados:** Quanto aos critérios para a alta hospitalar da pessoa idosa, identificaram-se as categorias, critérios clínicos e sociais; a percepção dos profissionais de saúde acerca do momento da alta dependia da existência de apoio familiar adequado ou apoio familiar não adequado; no momento da alta hospitalar, quando os FC foram questionados acerca da preparação que tinham tido por parte dos profissionais, a maioria referiu não ter recebido qualquer tipo de preparação. De facto, a maioria dos profissionais de saúde teve apenas a preocupação de realizar a articulação com as unidades funcionais do Centro de Saúde (USF e ECCI). Em relação à percepção dos familiares cuidadores acerca do momento da alta hospitalar da pessoa idosa, a maioria aceitou/sentiu contentamento, mas um número significativo ficou preocupado. **Conclusão:** Os resultados deste estudo ajudaram-nos a compreender as necessidades dos FC e a necessidade de um planeamento de alta estruturado, com intuito de uma preparação mais eficaz do FC para o desempenho do seu papel, garantir a continuidade dos cuidados à pessoa idosa e, simultaneamente, melhorar a qualidade de vida do FC.

Palavras-chave: Fratura da extremidade proximal do fémur; Queda; Familiar Cuidador; Profissional de saúde; Envelhecimento;

ABSTRACT

Facing the ageing process, and consequently, the reduction of the people's physical and cognitive functionality, there is an increase of the risk to falls, namely in the elderly. Thus, there is also a potential risk to fractures on the proximal end of the femur. **Objectives:** This study aims to understand the criteria defined by the hospital to discharge the elderly hospitalized after a fracture of the proximal tip of the femur; to identify the perception of health professionals involved in the discharge of the elderly; to identify the difference between the optimal contents and those transmitted to the family caregivers during the preparation of the discharge and to identify the perception of the family caregivers about the moment / opportunity of the hospital discharge of these people. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive and exploratory study. Participants were (a) health professionals working in the orthopedics department which were responsible for the supervision of the patients, as well as those who belonging to the discharge management team, and (b) the family caregivers of the elderly who had a fracture of the proximal tip of the femur. Data were collected by a semi-structured interview. The data was processed by content analyses according to the technique defined by Bardin. **Results:** Regarding the criteria for the hospital discharge of the elderly, there were identified categories such as, clinical and social criteria. The perception of the health professionals about the moment of discharge depended on the existence or absence of an adequate family support; during the moment of hospital discharge, when the family caregivers were questioned about the preparation to the transfer, they referred that they had an inadequate preparation or not received any type of preparation at all. In fact, most health professionals only had the concern of articulating the transfer with the community health units (USF and ECCI), instead to prepare the patient and the caregiver to the transfer. Regarding the opinion of the family caregivers about the moment of the person's hospital discharge, most accepted / felt contentment, but a significant number became worried. **Conclusions:** The results of this study helped us to understand the needs of family caregivers and the need for structured plan to help families to become caregivers and cope with the role, to ensure the continuity of care and simultaneously, improve the quality of life of these family caregivers.

Key words: Fracture of the proximal tip of the femur; Fall; Family caregiver; Health professional; Aging;

SIGLAS

EGA – Equipa Gestão de Altas

PAH – Planeamento da alta hospitalar

FC – Familiar Cuidador

DGS – Direção Geral de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

PS – Profissionais de Saúde

AVD – Atividade de vida diária

RNH – Reinternamentos Hospitalares

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I – A PROBLEMÁTICA E OS CONCEITOS CENTRAIS	14
1.O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	15
1.1 A queda: a suscetibilidade das pessoas idosas.....	18
1.2 As consequências das quedas: as fraturas e a hospitalização.....	20
2. A ALTA HOSPITALAR PRECOCE: A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	25
2.1 A teoria das transições: o processo de transição para o domicílio...27	
2.2 O familiar cuidador: as motivações para assumir o papel.....	31
2.3 As necessidades e dificuldades do familiar cuidador.....	33
3. A ALTA HOSPITALAR: A EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS E A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	36
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	42
1. METODOLOGIA	43
1.1 Questões de investigação e objetivos.....	43
1.2 Tipo de estudo.....	44
1.3 Contexto e participantes.....	45
1.4Técnica de colheita de dados.....	46
1.5 Considerações éticas.....	48
1.6 Tratamento e análise de dados.....	49
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
1.1 Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores.....	53
1.2 Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.....	55
1.3 Estado de saúde da pessoa idosa.....	56

1.4 O familiar cuidador em contexto hospitalar.....	59
1.5 O regresso a casa	62
1.6 A equipa de gestão de altas	67
1.7 O familiar cuidador e o profissional de saúde: perspetivas sobre a preparação da alta.....	75
CONCLUSÃO	78
BIBLIOGRAFIA.....	81
ANEXOS.....	95
ANEXO I – GUIÃO ENTREVISTA PROFISSIONAL DE SAÚDE	
ANEXO II – GUIÃO ENTREVISTA FAMILIAR CUIDADOR	
ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO	
ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
ANEXO V – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
ANEXO VI- PARECER COMISSÃO DE ÉTICA	
ANEXO VII – REQUERIMENTO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores.....	54
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.....	55
Tabela 3 - Estado de saúde pessoa idosa antes da queda.....	56
Continuação da Tabela 3 - Estado de saúde pessoa idosa antes da queda	57
Tabela 4 - Motivo da queda.....	58
Tabela 5 - Grau de dependência da pessoa idosa após a queda.....	59
Tabela 6 - Motivo que levou o familiar a assumir o papel de cuidador	60
Tabela 7 - Reação do FC face à alta da pessoa idosa.....	61
Tabela 8 - Preparação realizada no serviço para assumir o papel de familiar cuidador.....	62
Tabela 9 - Necessidades que tem vindo a sentir desde a alta do familiar	63
Tabela 10 - As dificuldades que tem vindo a sentir desde a alta do seu familiar	64
Tabela 11 - Adequação da preparação da alta no hospital às necessidades do FC.....	65
Tabela 12 - Tipos de Apoio	66
Tabela 13 - Profissionais de saúde que participaram no estudo.....	67
Tabela 14 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde.....	68
Tabela 15 - Papel do profissional de saúde no processo da alta.....	69
Tabela 16 - Critérios para a alta hospitalar da pessoa idosa	70
Tabela 17 - O processo da alta, desde a admissão do doente até o momento da alta	71
Tabela 18 - Identificação das necessidades do familiar cuidador	72
Continuação da Tabela 18 - Identificação das necessidades do familiar cuidador.....	73
Tabela 19 - Avaliação da preparação do familiar cuidador para cuidar a pessoa idosa dependente.....	74
Tabela 20 - Perceção em relação à alta precoce da pessoa dependente, para o domicílio	75

INTRODUÇÃO

Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), a população idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) constitui cerca de 19,9% da população total. Em consonância com as projeções atuais, em 2050, este grupo populacional representará uma proporção de 32% da população do país (INE, 2014). Segundo as Nações Unidas (2015), em 2030, Portugal será o quinto país mais envelhecido do mundo, tendo apenas à sua frente a Martinica, o Japão, a Itália e a Alemanha.

A idade aumenta o risco de alterações no estado de saúde do indivíduo (Nações Unidas, 2015). De entre as inúmeras doenças e síndromes que podem atingir as pessoas idosas, a queda e, conseqüentemente, as fraturas da extremidade proximal do fémur dela resultante têm registado um aumento significativo de incidência, nas últimas décadas (Guerra et al., 2017; Pedersen et al., 2008).

A fratura da extremidade superior do fémur e, especialmente, a do colo é a maior lesão que um ser humano pode sofrer, pois constituem a causa de uma elevada mortalidade e morbilidade em pessoas idosas (Guerra et al., 2017). Para estes autores, estas implicações devem-se ao facto deste tipo de fraturas ocorrerem em pessoas com co morbilidades significativas e alto risco de complicações pré-operatórias.

Como na maioria dos casos de fratura da extremidade superior do fémur, o tratamento cirúrgico é o indicado, implica ainda gastos médico-hospitalares excessivos e problemas sociofamiliares nesta população (Guerra et al., 2017).

Sabemos que quanto maior o período de internamento maior é a probabilidade de complicações, tais como, as infeções associadas aos serviços de saúde e morte (Guerra et al., 2017). No estudo realizado por estes autores, verificamos que os doentes que permaneceram internados por mais de 30 dias apresentaram complicações clínicas, tais como, infeção do trato urinário

(10,1%), broncopneumonia nosocomial (8,5%), *sepsis* (5,5%), *delirium* (5,5%) e um aumento na mortalidade.

Sabemos ainda que o Sistema Nacional de Saúde, para garantir a adequada capacidade de resposta, tem que ter em conta a racionalização dos seus recursos. Desta forma, tem que promover altas clínicas cada vez mais precoces, transferindo para a família a responsabilidade dos cuidados (Nações Unidas, 2015).

Desta forma, é significativo o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária nas transições vivenciadas pelos próprios idosos e pela família, já que pode ser um elemento facilitador desta transição. O termo transição pode ser entendido como *“a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente”* (Meleis e Trangenstein, 1994, p. 256).

Assim, no âmbito do 2º ano Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge a proposta para a elaboração de um trabalho de investigação sobre o tema *“Do Hospital à comunidade: a problemática do regresso a casa de pessoas com dependência”*. Este trabalho tem como finalidade contribuir para a elaboração de manuais de boas práticas que vão de encontro às necessidades sentidas pelos familiares cuidadores aquando da alta de uma pessoa idosa após fratura da extremidade superior do fémur.

O trabalho de investigação apresenta a seguinte estrutura: Capítulo I – A problemática e conceitos centrais, em que abordaremos o processo de envelhecimento; a alta hospitalar precoce e a preparação do regresso a casa e a equipa de gestão de altas e a rede de cuidados continuados integrados; Capítulo II – Estudo empírico, centrado na metodologia do estudo; Capítulo III – Apresentação, análise e discussão dos resultados. Por fim, apresentamos a conclusão do estudo.

CAPITULO I – A PROBLEMÁTICA E OS CONCEITOS CENTRAIS

1. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A situação referente ao duplo envelhecimento da população agravou-se na última década, caracterizado pelo aumento do número de idosos e pela diminuição dos jovens. Segundo os resultados dos censos de 2015 o “índice de envelhecimento” da população passou de 101,6 em 2001, para 143,9 em 2015. Na última década, verificou-se igualmente o aumento do “Índice de dependência total”, sendo em 2001 de 48,5 e em 2016 de 53,2. Estes dados significam que por cada 100 pessoas em idade ativa existem 53 dependentes (PORDATA, 2016). O agravamento do “índice de dependência total” é justificado pelo aumento do “Índice de dependência de idosos” que subiu de 24,4 em 2001, para 31,4 em 2015 (INE, 2015).

Atualmente, a sociedade portuguesa, tende para um aumento da população idosa. Para Rosa (2012), a população de Portugal vai continuar a envelhecer progressivamente, estimando-se que em 2060 será mais envelhecida do que nos dias de hoje, mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ou os saldos migratórios continuem positivos.

A população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representa cerca de 13% da população residente em Portugal. O número de pessoas em idade ativa por pessoa idosa, neste momento é de três, mas posteriormente poderá baixar para dois (Rosa, 2012).

Para além do declínio populacional esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico. Harper (2012) refere que cerca de 80% da população Portuguesa será dependente e envelhecida no ano 2050.

O envelhecimento tem sido descrito como um processo de vida marcado por várias transformações, de ordem biológica, psicológica e social (Fonseca, 2012).

Sempre se envelheceu, embora fosse mais corrente usarmos este termo para caracterizar o envelhecimento individual. Rosa, (2012), considera que quando nos estamos a referir ao envelhecimento, podemos estar a mencionar

dois conceitos diferentes, é o caso do envelhecimento coletivo e do envelhecimento individual.

O envelhecimento individual está representado no envelhecimento biopsicossocial. Não se envelhece só biologicamente, mas também psicologicamente e esse pode ser um dos fatores mais marcantes na vida do idoso. A nível psicológico, o envelhecimento abrange a segunda metade da vida, sendo a porta de entrada a chamada “meia-idade” (Rosa, 2012).

No desenvolvimento psicológico observa-se a necessidade de se fazer ajustamentos individuais no que diz respeito a mudanças no self, que resultam de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações profissionais, quer na rede de relações, como também no próprio contexto de residência. No entanto, nem todos os idosos lidam com estas mudanças da mesma forma, o que leva às diferentes reações de pessoas para pessoas (Fonseca, 2012).

No que se refere às transformações sociais, o idoso depara-se com dificuldades a nível de crises de identidade, causada pela falta de papéis sociais, o que leva a uma perda de autoestima, mudanças de papéis na família, o filho vai passar a pai, o pai a avô e assim sucessivamente e no trabalho vai passar de empregado a reformado (Fonseca, 2012).

Para Rosa (2012), quando se fala em envelhecimento coletivo deve-se ter em conta dois conceitos: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. Assim, para se compreender o envelhecimento demográfico os indivíduos foram classificados em três categorias etárias: a idade jovem (até aos 15 anos), a idade ativa (dos 15 aos 64 anos) e idosa (com 65 e mais anos), visto que o envelhecimento demográfico significa que a população idosa tem um maior peso em termos estatísticos no total da população. Por outro lado, temos o envelhecimento societal, este resulta do envelhecimento demográfico embora não seja a realidade. De fato, “uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não, o que significa que esta pode reagir á alteração do curso dos factos, encontrando uma forma adequada de os enfrentar” (Rosa, 2012, p.24).

Para Zimerman (2007) as pessoas hoje quando se reformam, como ainda têm muitos anos pela frente, enfrentam diversas perdas, que podem ser desde a condição económica, à perda de familiares e amigos e à diminuição dos contatos sociais que se tornam reduzidos em função das suas

possibilidades, como a falta de tempo, questões financeiras e as distâncias. Para que estas transformações não sejam prejudiciais, é necessário que as suas relações sejam ajustadas com os filhos, netos, colegas e amigos (Zimerman, 2007).

Sequeira (2010), também refere que o processo de envelhecimento ocorre no plano individual e no plano coletivo. No plano individual, ter uma maior longevidade acarreta modificações pertinentes particularmente no que diz respeito à vida social e coletiva e ao estado de saúde. Também as condições sociais poderão prejudicar a situação de saúde de cada indivíduo em qualquer fase do ciclo de vida, no entanto, o maior risco de se expandirem doenças tende a aumentar notavelmente com o avanço da idade. Logo, à medida que a idade avança, um grande número de idosos deparar-se-á com dificuldades, dependendo assim de apoio familiar e social.

No plano coletivo, no que respeita às relações entre gerações, o envelhecimento leva a grandes imposições. Estas são as relações que podem prejudicar as mudanças a nível económico entre os diferentes grupos etários, podendo levar a uma crescente instabilidade entre os indivíduos ativos e os indivíduos não ativos (Sequeira, 2010).

No entanto, consideramos pertinente clarificar que o processo de envelhecimento pode ser encarado de forma positiva pelos próprios indivíduos e pela sociedade. Neste sentido, Ferreira (2011) refere que o envelhecimento é visto como uma certificação da evolução efetuada pela humanidade a nível social, económico e biomédico. Foi com base desta evolução que se universalizaram as políticas públicas e que se expandiu o acesso aos cuidados de saúde pela população. Fatores que contribuíram para o prolongamento da esperança média de vida.

Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está a ser acompanhado por um período prolongado de boa saúde, existem poucas evidências sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais tinham com a mesma idade. No entanto, a saúde precária não precisa dominar a idade mais avançada. A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas está associada a condições crónicas, principalmente doenças não transmissíveis. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas envolvendo-se em comportamentos saudáveis (OMS, 2015).

Para Botelho (2007), o processo de envelhecimento pode trazer alterações na funcionalidade, mobilidade e saúde do idoso, privando-o de uma vida autónoma e saudável. Desta forma, nos próximos subcapítulos iremos abordar a suscetibilidade de queda nas pessoas idosas e as suas consequências. O risco de queda é um fenómeno de interesse para os enfermeiros e também um grave problema de saúde pública.

1.1. A queda: a suscetibilidade das pessoas idosas

Como já foi referido anteriormente, as quedas nos idosos constituem um grave problema de saúde pública. Idosos com mais de 65 anos que vivem na comunidade e os institucionalizados, 30% e 50% respetivamente caem pelo menos uma vez em cada ano (Castro, 2015; Robinovitch et al. 2013).

As quedas ocorridas nas pessoas idosas são uma problemática comum a todos os países. A OMS (2010) alerta que as quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários. Para Gasparotto et al. (2014, p.202) a queda é definida como "um evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo". A queda pode ser definida também como uma mudança inesperada e não intencional de posição, que leva inadvertidamente o indivíduo a um nível inferior (Oliveira et al., 2014).

As atividades de vida diária como caminhar, sentar, levantar e estar de pé, carecem dos impulsos aferentes dos sistemas propriocetivo, visual e vestibular, bem como da força dos músculos dos membros inferiores para o correto desempenho funcional (Paula, Fernandes e Sousa, 2014).

Com o envelhecimento é expectável uma diminuição destas capacidades. Estas alterações acarretam um declínio da velocidade de condução das informações, bem como na obtenção das respostas, pois o processamento torna-se lento, gerando situações de instabilidade. Assim, há uma diminuição da velocidade da marcha, uma marcha de base mais alargada, com diminuição do controlo postural e diminuição da força dos membros inferiores (Paula et al., 2014; Ambrose, Paul e Hausdorff, 2013).

Segundo Cabral et al. (2013) as quedas resultam de uma interação entre alterações fisiológicas e as que ocorrem com a idade, tais como, problemas a marcha e equilíbrio, alterações da visão e sensibilidade periférica, perda de força a nível dos membros inferiores, bem como do aparecimento de doenças e de alterações ambientais.

Para Oliveira et al. (2014) a queda em idosos é resultado de uma interação complexa entre fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são aqueles relacionados com o próprio idoso e refletem a incapacidade, pelo menos parcial, do mesmo manter ou recuperar o equilíbrio quando existir uma deslocação acentuada do centro de gravidade. Alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, presença de doenças agudas, fraqueza muscular e alterações da marcha, por exemplo, podem prejudicar a capacidade de manter o equilíbrio (Oliveira et. al. 2014).

Walther et al. (2010) defendem que embora as alterações do equilíbrio sejam maioritariamente entendidas como processos fisiológicos do envelhecimento, existem outros aspetos responsáveis por estas alterações, tais como, as doenças crónicas, a polimedicação, a solidão e a imobilização. Calcula-se que a prevalência de queixas de equilíbrio na população com mais de 65 anos chegue aos 85% (Karuka , Silva e Navega, 2011).

Ainda relativamente aos fatores de risco intrínsecos para os eventos de queda, Smith et al. (2017) apontam a diminuição na função sensorial, isto é, o declínio da capacidade visual e o deficit auditivo, pois são necessários para o controle postural. Ambos mantêm uma relação estatisticamente significativa com o risco de quedas. Outros fatores que podem contribuir para as quedas são as alterações no Sistema Nervoso Central e os distúrbios do sistema musculoesquelético que acompanham o processo de envelhecimento (Smith et al., 2017).

Os fatores extrínsecos, dizem respeito ao ambiente (Gallardo et al., 2013). Os fatores de risco ambientais estão presentes em aproximadamente 40% das quedas (Oliveira et al., 2014). Segundo Fhon et al. (2013) as quedas, na sua maioria, registam-se no domicílio, principalmente na sala, quarto, casa de banho e cozinha. As que ocorrem no exterior também devem ser consideradas. As quedas que ocorrem no interior verificam-se em idosos mais frágeis, com dificuldade de mobilidade e locomoção e as que ocorrem no exterior estão associadas a idosos com maior grau de atividade (Kelsey et al.,

2012). Existem estudos que demonstram maior percentagem das quedas no exterior nos indivíduos do sexo masculino, por estes passarem mais tempo ao ar livre e maior percentagem de quedas no interior no sexo feminino, pois as mulheres passam mais tempo a realizar tarefas domésticas (Duckham et al., 2013).

Smith et al. (2017) sugerem que os fatores relacionados com o ambiente também devem ser priorizados, para se adotarem medidas que permitam minimizar os eventos de queda.

Aproximadamente 28% das quedas nas pessoas idosas resultam em fraturas (Fink, kuskowski, Marshall, 2013). Verifica-se uma maior prevalência do sexo feminino de sofrer quedas quando comparado com o sexo masculino (Smith et al., 2017).

Num estudo recente, observou-se que a idade avançada, o maior consumo de medicamentos e uma má percepção do estado de saúde por parte dos idosos, eram fatores que predispunham à queda. Verificou-se ainda que ser do sexo masculino e alfabetizado são fatores protetores para esses eventos. O mesmo estudo concluiu que o risco de queda aumenta em participantes com déficit cognitivo e score do Mini- Exame do Estado Mental entre 24 de 30 pontos (Smith et al., 2017).

Os idosos cujas quedas resultam em fratura da anca apresentam uma taxa de mortalidade, no 1º ano, de 20% a 30% (Guerra et al., 2017; DeSure et al., 2013). Assim, é fundamental refletirmos sobre as consequências das quedas e os resultados da hospitalização para a pessoa idosa.

1.2. As consequências das quedas: as fraturas e a hospitalização

Muitos idosos apenas relatam episódios de queda quando a mesma lhes traz sérias consequências, ignorando as quedas que não lhes provocaram lesões, por acreditarem que estas são inerentes ao envelhecimento (Oliveira et al., 2014). Estudo recente, realizado por Carvalho (2017) com o objetivo de compreender a experiência de idosos com quedas seguidas de fraturas do fêmur concluíram que o idoso só é suscetível às quedas seguidas de fratura

somente após vivenciarem a veracidade dos fatos. Os mesmos autores concluem que a possibilidade de fratura após queda ocupa um plano de invisibilidade nas considerações diárias dos idosos. Isto porque não correspondia até então a uma realidade sensível e assim guardavam uma distância do seu cotidiano.

De facto, no decurso do processo de envelhecimento é comum a redução da força muscular, a diminuição da agilidade e a perda do equilíbrio que aumentam ao risco de queda (Abdala et al., 2017).

Apesar da maioria das quedas não resultar em lesões graves (Oliveira et al., 2014), a diminuição da massa óssea, que acompanha o envelhecimento e a diminuição das capacidades funcionais, resultam na ocorrência frequente de fraturas (Muir et al., 2013). Oliveira et al. (2014) referem que aproximadamente 5% das quedas em idosos residentes na comunidade resultam em fraturas e/ou hospitalização.

Mikolaizak et al. (2013) e Maia et al. (2011), salientam que após um evento de queda, podem resultar consequências imediatas, tais como, as feridas abertas, fraturas ósseas, traumatismo craniano e mesmo a morte acidental e consequências a longo prazo, como a diminuição das capacidades funcionais, com a perda de autonomia e isolamento social.

Além das consequências físicas mais frequentes das quedas (fraturas, contusões e feridas, hematomas, lesões neurológicas e sequelas de imobilização), Saraiva et al.,(2008) apontam as consequências sociais e psicológicas. As primeiras, estão associadas à necessidade de ajuda nas atividades de vida diária (AVDs), ao aumento de recursos materiais e humanos, devido ao tempo de internamento, à necessidade de mudar de casa, ao pior prognóstico e diminuição da qualidade de vida do indivíduo.

A nível psicológico, a queda pode desenvolver nos idosos a “síndrome pós-queda”, ou seja, o medo de sofrer uma nova queda. Este medo traduz-se na diminuição da realização das AVDs, com o declínio das capacidades funcionais, perda de autonomia e isolamento social. Cerca de 22% dos idosos que tiveram um evento de queda, apresentam limitações no grau de mobilidade, particularmente nas tarefas como levantar-se da cama, tomar banho e subir escadas (Maia et al. 2011).

Já Gasparotto et al. (2014) salientavam a importância do impacto da queda para a saúde pública, devido à sua relação com os altos níveis de

morbilidade e mortalidade, redução de funções, hospitalização, institucionalização e alto custo em saúde e serviços sociais.

As fraturas ósseas mais frequentes verificam-se nos membros inferiores, anca/fémur e a nível do punho, nos membros superiores (Del Duca et al. 2013). Para Gschwind et al. (2013) as complicações mais temidas após uma queda são as fraturas da anca, pois limitam e diminuem a capacidade do indivíduo idoso (Pereira, 2013). Calcula-se que 90% destas fraturas resultam de uma queda e a maioria ocorre em pessoas com mais de 70 anos (Softic et al., 2013).

Em Portugal, ocorrem cerca de 10.000 fraturas do fémur proximal por ano, em indivíduos acima dos 50 anos (Pina, 2013). Os dados indicam que cerca de 90% destas fraturas são consequência de quedas, das quais 80% ocorrem em casa por causas evitáveis, como por exemplo escorregões, tropeções e desequilíbrios (Pina, 2013).

As fraturas proximais do fémur podem ocorrer em três regiões: no colo do fémur, região intertrocânica e subtrocânica, sendo mais prevalente nos pacientes idosos e possui sinais clínicos, tais como, dor na região da virilha, na parte anterior da coxa, edema, sensibilidade aguda e diminuição da mobilidade do quadril (Dutton, 2010).

Segundo Pozzi et al. (2011) as fraturas proximais do fémur podem ser classificadas de acordo com a região do trauma. Podem ocorrer no colo intracapsular, a transtrocânica, numa área entre o trocânter maior e menor, sendo extracapsular. As subtrocânicas que ocorrem abaixo do trocânter menor até à união do terço proximal com o terço médio da diáfise do fémur. Podemos encontrar também a fratura da diáfise do fémur e supracondiliana, que ocorre na região distal do fémur e representa apenas 6 a 7% das fraturas femorais. Sendo que estas possuem uma maior incidência nos jovens, por serem fraturas causadas por trauma de alta energia.

O tratamento utilizado para os idosos é de preferência o cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, por criar maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce. Assim, o idoso não fica acamado por longos períodos e evita o agravamento do estado de saúde que pode levar a um declínio funcional severo e até à morte (Vidal, 2010).

Kleinpell (2008), refere que ao longo da hospitalização a pessoa idosa reduz os níveis de atividade e mobilidade, devido à longa permanência no

leito. Os riscos associados a esta prática são bem conhecidos, incluindo a imobilidade, a perda de massa óssea acelerada, a desidratação, a desnutrição, o delírio, a privação sensorial, o isolamento, as forças de deslizamento (Risco de úlcera de pressão) e incontinência.

Para Meredith (2007) o processo de hospitalização tem um impacto multidimensional significativo (físico, psíquico e social), podendo ser responsável pela progressiva perda de autonomia e pelo aumento do nível de dependência. Estas mudanças são de alguma forma o reflexo da pessoa idosa vir a desenvolver problemas prevalentes relacionados com a nutrição ou hidratação, o sono, incontinência, confusão mental, evidência de quedas e problemas relacionados com a integridade da pele.

Lang (2007) ao realizar um estudo prospetivo e multicêntrico, numa população de 1306 indivíduos, concluiu que, numa situação de internamento de emergência, o diagnóstico de risco de queda, risco de desnutrição, autonomia comprometida e dificuldade na marcha, podem-se refletir numa previsão de perda de Independência ao longo da hospitalização com repercussão na alta.

Num estudo realizado sobre o impacto da hospitalização na independência funcional da pessoa idosa, os autores concluíram que esta pode ser alterada de forma significativa pelo fato da hospitalização ser um evento complexo que advém de um momento frágil e de desequilíbrio, quando o idoso é retirado do seu meio (Kawasaki e Diogo, 2005).

Assim, para que a recuperação funcional máxima seja possível, são necessárias, para além de uma de uma cirurgia eficaz, outras medidas que previnam as complicações pós-fratura e pós-cirurgia e mantenham o doente na melhor condição física possível (DGS, 2003).

Neste âmbito, Liu et al. (2010) defendem que, após a fixação da fratura, a fisioterapia é de extrema importância, visando a mobilização precoce, o treino de marcha e outros métodos de tratamento para manter ou restaurar possíveis deficits.

Sabemos que a “alta hospitalar” não significa a total recuperação do doente (Martins e Pereira, 2016). Após a fratura, 25% dos idosos morre dentro de um ano, 76% sofrem uma diminuição da mobilidade, 50% diminuem a capacidade para realizar as atividades de vida diária, 22% ficam

institucionalizados e 50% não consegue recuperar o nível funcional anterior à queda (Ambrose et al., 2013).

A independência física daqueles que sobrevivem, tem um enorme impacto na sociedade, pois as quedas comprometem a capacidade funcional, a autonomia e a percepção de qualidade de vida dos idosos (Junior e Santo, 2015).

Na opinião de Santos et al. (2011), os doentes submetidos a cirurgia da anca têm uma probabilidade acrescida de se tornarem dependentes, pois esta patologia é uma das principais causas da incapacidade funcional. Os idosos que foram submetidos a intervenção cirúrgica da anca apresentam dificuldade em realizar as atividades de vida diária, tornando-se muitas vezes dependentes dos familiares.

A nível económico, a morbilidade e mortalidade associadas à ocorrência de quedas, acarretam custos acrescidos em cuidados de saúde (Jeffrey et al. 2012). Assim, existem gastos diretos com exames de diagnóstico e terapêuticas e os gastos indiretos, relacionados com as complicações, incapacidades adquiridas e a necessidade de cuidados continuados (Jeffrey et al., 2012; Maia et al., 2011). Em relação ao tempo de hospitalização, este é o dobro do tempo em pessoas idosas que sofrem quedas, em relação a internamentos causados por outras patologias (Softic et al., 2013).

Em Portugal, durante o ano de 2006, a Direção Geral da Saúde (DGS) estimou um gasto de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares diretos estritamente relacionados com as fraturas do fémur proximal, comparativamente com os 11 milhões de euros gastos em 1990. É ainda pertinente lembrar que os custos mencionados apenas se referem a custos diretos da hospitalização, não contabilizando despesas adicionais em cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação funcional após a alta hospitalar (Fonseca et al., 2015).

2. A ALTA HOSPITALAR PRECOCE: A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

A OCDE (2015) refere que num contexto de um forte desenvolvimento dos cuidados de saúde, das tecnologias, medicamentos e procedimentos, ocorre um mais rápido e eficaz regresso dos doentes às suas casas. Por outro lado, os novos modelos de gestão hospitalar, com destaque na racionalização de custos, na rotação e rentabilidade de recursos, levam a uma redução do tempo de internamento. Ao promover as altas hospitalares mais precoces, o sistema de saúde transfere para a família a responsabilidade pela situação de saúde do seu familiar (Louro, 2009).

Para Silva (2007) a alta do doente deve ser atempadamente planeada para que não se transforme num momento de aflição tanto para o doente como para a família. A família é fundamental pois executa um papel muito importante para os membros dependentes, possibilitando a manutenção das pessoas dependentes no domicílio (Martins et al. 2016).

De acordo com Sequeira (2010) a família constitui o grupo primário básico de apoio e tem um papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência associada a doença crónica. Assim, o *International Council of Nursing* (2011), definiu o membro da família prestador de cuidados como o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família.

É necessário termos em consideração que quando um familiar se torna cuidador, não o faz porque planeou isso para a sua vida, fá-lo por várias razões. Para Imaginário (2004) as razões que determinam a opção do familiar em tornar-se cuidador são: a relação de afeto, a obrigação ou reciprocidade, o respeito pela vontade do recetor de cuidados e a ausência de outra solução.

Independentemente das razões que levam o familiar a tornar-se cuidador, a preparação do regresso a casa deve começar logo após a admissão. Para Xue (2013), a preparação da alta deve cumprir determinados critérios, tais como, o doente e a família devem compreender a sua condição e a razão do

internamento, as limitações físicas e cognitivas associadas à idade e à doença, o estado emocional e mental, os cuidados necessários após a alta e o impacto da doença na família. Por último, devem compreender que vão necessitar de material para a prestação de cuidados após a alta hospitalar e o regresso a casa e que vão ter de saber prestar os cuidados necessários, como por exemplo a administração de medicação.

Para facilitar este processo, de acordo com o artigo 5º, do Decreto-Lei 106/2009 de 14 de Setembro, os profissionais de saúde devem prestar ao familiar a conveniente informação e orientação para que este possa, se quiser, sob a supervisão da equipa, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada. Assim, os enfermeiros devem considerar os familiares cuidadores (FC) como parceiros nos cuidados e trabalhar no sentido de construir/implementar esta filosofia nos seus planos de trabalho (Lopes et al., 2015).

A presença da família no hospital e a sua inclusão nos cuidados, prova uma alteração de paradigma, o qual desencadeou alterações na forma como se organizam os cuidados bem como na relação estabelecida entre o doente/família/cuidador informal. A família é uma fonte de equilíbrio, assim, é necessário ser considerada como parceira nos cuidados à pessoa idosa (Martins, Fernandes e Gonçalves, 2012).

Segundo Xue (2013), é papel do enfermeiro assegurar as necessidades de ensino e formação ao utente e família em tempo útil e que não fiquem dúvidas no momento da alta; certificar-se do acompanhamento após a alta; facultar material informativo sobre medicação, cuidados de higiene, atividade física, posicionamentos, transferências e registo das consultas marcadas; confirmar se a informação foi percebida através de questões e exemplos de determinados procedimentos; entregar a nota de alta de enfermagem ou de transferência; fornecer o contacto para o caso de surgirem dúvidas; deve também proporcionar formação aos familiares cuidadores quando estiverem em casa com o doente; incentivar o exercício físico através de um suporte da medicina física e de reabilitação; instruir sobre a adoção de um plano nutricional e de exercício de acordo com a evolução da doença.

Os resultados de um estudo realizado por em idosos acamados, concluiu que é de extrema importância o ensino/treino das AVD's ao familiar cuidador, visto que as atividades que os familiares cuidadores mais realizam no

domicílio são: auxiliar no banho (88,4%); a vestir (86%); a despir (81,4%); sair da cama/transferência (69,8%); a sentar e levantar (58,1%); a subir e descer escadas (41,9%); na deambulação (32,6%); a virar-se na cama (30,2%) e preparar e servir a alimentação (27,9%).

Chaves (2010) refere que não adianta querer manter a pessoa doente no domicílio sob os cuidados da família, quando esta não se encontra preparada para tal função, sendo de primordial importância proporcionar condições favoráveis tanto para o doente como para o FC.

Baía (2010) refere no seu estudo que o enfermeiro, como profissional de saúde (PS), tem uma função pedagógica junto ao doente e à sua família, durante o internamento e no momento da alta. No estudo levado a cabo por este autor verificamos que os ensinamentos ao FC com maior evidência foram relacionados com: o posicionamento do doente (52%); a alimentação (48%); os cuidados de higiene (44%) e a deambulação (20%). Realça ainda as dificuldades manifestadas pelo FC com o regresso do doente ao domicílio, nomeadamente, a existência de escadas (16%); a falta de condições habitacionais (16%); a dificuldade de comunicação com o doente (12%) e os posicionamentos (8%).

Desta forma, é significativo o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária nas transições vivenciadas pela própria pessoa idosa e pela família, já que pode ser um elemento facilitador desta transição.

2.1. A Teoria das transições: o processo de transição para o domicílio

A maioria do trabalho dos enfermeiros desenvolve-se em momentos de transição, como o internamento hospitalar, a alta para o domicílio, a recuperação e a reabilitação (Abreu, 2011). Segundo Meleis (2010) a transição é definida como a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, sendo um conceito multidimensional e multicausal que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções.

A partir de uma revisão de estudos de investigação desenvolvidos em torno das transições, em 2000, Meleis e colaboradores apresentaram a Teoria

de Médio Alcance das Transições. Esta foi organizada em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes que facilitam ou inibem a transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultados e terapêutica de enfermagem (Meleis et al., 2000).

No que se refere á natureza, estas podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (mudanças no ciclo de vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam a alteração de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de saúde para o estado doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Meleis et al., 2000).

Quanto aos padrões, as transições podem ser simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. As transições possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como: a consciencialização, o empenhamento, a mudança e a diferença, o espaço temporal da transição, os eventos e pontos críticos (Meleis et al., 2000).

Para compreender as experiências dos indivíduos durante as transições é preciso conhecer as limitações pessoais, da comunidade e sociedade, pois são estas que podem facilitar ou dificultar o processo de transição saudável (Meleis et al., 2000). Como condicionantes pessoais podemos ter: os significados (neutros, positivos ou negativos); as crenças e atitudes culturais; o status socioeconómico (as pessoas com estatuto mais baixo estão mais vulneráveis a sintomas psicológicos e factos que dificultam a transição); a preparação e o conhecimento prévio facilitam a transição, já a falta de preparação e conhecimento dificulta o processo (Meleis et al., 2000).

As condições da sociedade e comunidade, como o apoio familiar e social, os recursos materiais, as representações sociais e estereótipos, podem também facilitar ou inibir o processo de transição (Meleis et al., 2000).

Quanto aos indicadores de processo, são importantes porque permitem identificar se o individuo se encontra na direção de saúde e bem-estar ou na direção de vulnerabilidade e risco. Compreendem o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); o interagir com pessoas na mesma situação, (profissionais de saúde, cuidadores

uo familiares); o estar situado (no tempo, espaço e relações) e o desenvolver confiança e coping (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é fundamental para cumprir a transição com sucesso. Estes indicadores definem um processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

No processo de transição para o papel de cuidador o familiar necessita adquirir e desenvolver diversas competências. Sequeira (2010) agrupou estas competências em três categorias: informação, mestria e suporte. O familiar cuidador para exercer o seu papel necessita de adquirir conhecimentos (informação) que lhe permitam identificar:

- As necessidades do alvo dos cuidados;
- A estratégia a adotar para um exercício seguro e de qualidade;
- As estratégias para se proteger, de modo a não se expor de forma desnecessária ao aparecimento de repercussões objetivas dos cuidados, tais como, mobilizar o doente, posicioná-lo; prestar cuidados de higiene com um esforço mínimo.

A mestria centra-se no saber fazer, pode ser desenvolvida através de programas estruturados em três etapas (Sequeira, 2010). A primeira, é a demonstração, onde se pode observar o profissional de saúde; a segunda, diz respeito ao desempenho e às funções, possibilitando ao cuidador desempenhar os procedimentos (primeiro com ajuda e depois de forma autónoma, com supervisão de um profissional de saúde) e a terceira, é o treino, que permite ao cuidador repetir o número de vezes que forem necessárias para executar os cuidados de forma autónoma, com segurança para si e para o seu familiar.

Por último, a terceira competência, o suporte, está centrada no desenvolvimento pessoal, envolvendo o saber relacionar-se e o saber cuidar-se. Esta competência implica o desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a ansiedade, o sofrimento, a vulnerabilidade; a adoção de medidas para manter a capacidade física e mental; o cuidar da sua aparência e de projetos/interesses pessoais; o desenvolver a capacidade de comunicar, de

interação com a pessoa dependente, que faz constantemente as mesmas perguntas, que tem alterações do pensamento e respeitar-se como pessoa (Sequeira, 2010).

Abreu (2011) corrobora esta ideia referindo que o processo de transição requer da pessoa a utilização de recursos de suporte disponíveis, para conseguir enfrentar a situação, visando a adaptação bem-sucedida dos desajustes, dos conflitos da desorganização ou da desarmonia, reencontrando assim uma nova maneira de ser. O cuidado de enfermagem tem como objetivo ajudar o familiar a explorar a transição por meio das suas expectativas e experiências e identificar situações de stress, a compreender como é que os suportes pessoais (os recursos facilitadores da própria pessoa) e os externos, podem ajudar a facilitar ou a dificultar a transição vivida (Abreu, 2011).

Para Sequeira (2010) a transição para o papel de FC é um processo complexo, pois é constituído por variáveis com influências mútuas entre si, com valores preditivos diferentes, em função de todas as que estão envolvidas, como o cuidador, a pessoa dependente, o contexto e o ambiente em que se desenvolver prestação de cuidados.

Por este motivo, Martins et al. (2012) defendem que o envolvimento da família nos cuidados deve ser acompanhado pelo enfermeiro. Este não deve sentir-se ameaçado pela presença do FC, mas também não deve ver no familiar o substituto para algumas das suas funções. Para se conseguir uma parceria eficaz e positiva, a relação deve ser negociada e clarificada entre as partes envolvidas (Martins et al., 2012).

Assim, é papel do profissional de saúde preparar o FC para esta nova etapa, promovendo e incentivando a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de habilidades e capacidades relacionadas com a situação que estão a viver, para facilitar todo o processo e fornecerem uma melhor adaptação (Meleis, 2010).

2.2. O familiar cuidador: as motivações para assumir o papel

A função de cuidar está vinculada essencialmente à família (Sequeira, 2010). Esta constitui o grupo primário de apoio e tem um papel mais relevante no cuidado a longo prazo, como é o caso da dependência relacionada com as doenças crónicas (Sequeira, 2010). Deste modo, o *International Council of Nursing* (2011) refere que o papel do FC é assumido na sua maioria por familiares, responsáveis pela prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade e organização de prestação de cuidados.

Face ao descrito, entendemos que o conceito de FC, intrínseco ao conceito de cuidador informal (CI), se mostra uma designação mais adequada, dado que a maioria dos prestadores de cuidados informais são familiares. Neste sentido, o FC é entendido como o elemento da família que cuida e presta assistência à pessoa/familiar em situação de dependência, sem remuneração para o efeito. Este termo mostra ainda ter uma conotação mais afetiva que CI, sendo assim mais aceite pelas famílias (Sequeira, 2010).

O FC tem um papel importante na recuperação da pessoa idosa e no planeamento de uma alta mais precoce, com impacto na diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e na taxa de reinternamento (Lopes et al., 2015). Para Garret (2005) o FC também constitui o elemento chave de apoio ao tratamento da doença e à manutenção do idoso no domicílio.

Segundo Sequeira (2007), o papel do FC pode ser organizado em três grandes áreas: apoio em termos de informação e orientação; apoio emocional e apoio instrumental. O apoio informacional e de orientação pretendem ajudar a pessoa a obter conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a solução de problemas concretos e estratégias a adotar. O apoio emocional consiste em estar e relacionar-se com o outro, possibilitando a partilha das suas emoções e dos seus pontos de vista, sendo fundamental para a autoestima da pessoa. O apoio instrumental refere-se à prestação de cuidados em situações em que a pessoa não consegue resolver por si.

Destas áreas, Sequeira (2010) destaca as seguintes funções:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre a pessoa dependente e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e a independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade do idoso;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, histórias de vida, religião, etc.;
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar/Incentivar as atividades físicas (interior e exterior da casa);
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.

Atendendo, essencialmente, ao número de funções novas com as quais o FC se confronta, Sequeira (2010) considera o papel deste complexo. Segundo este autor a maioria das famílias escolhe o cuidador de forma subtil. No entanto, esta escolha é influenciada pelas características e experiências pessoais de cada membro da família, pelas relações de cumplicidade desenvolvidas e pelo contexto em que se encontram Sequeira (2010). Este autor dá ainda o exemplo do facto de um membro da família se encontrar desempregado ou sem qualquer atividade pode influenciar na decisão de ser escolhido para cuidador. Os filhos e o cônjuge são naturalmente escolhidos por motivos de cumplicidade nos relacionamentos. A coabitação é mencionada como um outro fator que influencia a escolha. Assim, pode-se verificar que existem inúmeros fatores que determinam a adoção e o desempenho do papel de cuidador.

Um estudo realizado por Biolo et al. (2010) refere que, num conjunto de 10 participantes, seis alegaram que o motivo pelo qual se tornaram cuidadores foi o facto de não existir mais ninguém disponível; duas eram mães e destacam que o amor de mãe não encontra limites, assim entendem o cuidado como parte do seu viver; duas deixam claro que é por obrigação e uma faz referência que cuida do marido e que essa é a cruz dela. Biolo et al. (2010) concluíram que pela afirmação desta última participante é possível perceber que a situação em que se encontra reflete o resultado da sua convivência conjugal.

Pereira et al. (2012) no seu estudo concluíram que o início do papel de FC surgiu como um momento marcante, porque os FC se viram confrontados com diversas dificuldades, relacionadas com as atividades físicas e de autocuidado. Para alguns o papel de FC iniciou-se de forma gradual, para outros de um modo repentino, sendo sempre um fenómeno inesperado. Concluíram ainda que em qualquer dos casos, o início emergiu com a necessidade de apoiar nos cuidados, por diminuição da capacidade ou incapacidade da pessoa realizar os autocuidados.

2.3. As necessidades e dificuldades do familiar cuidador

Como referido anteriormente, os cuidados realizados pelo FC à pessoa idosa dependente estão relacionados com as AVDs, mas também incluem o acompanhamento às consultas médicas, o auxílio na deambulação e transferência, a utilização de cadeira de rodas, os cuidados com a medicação, o auxílio nas atividades de lazer e segurança (Huang, 2015; Silva et al., 2013; Vieira et al., 2011).

Embora, a família assuma a responsabilidade de auxiliar os idosos em várias atividades, esta não está preparada para tal função. Estudos realizados com familiares cuidadores de idosos dependentes demonstraram que os mesmos evidenciam poucos conhecimentos sobre os problemas de saúde do familiar e sobre os cuidados que este necessita (Oliveira e D'Elboux, 2012; Oliveira, Garanhani e Garanhani, 2011; Martins et al., 2007).

Assim, esta falta de informação pode traduzir-se em dificuldades e necessidades dos familiares cuidadores no que diz respeito ao cuidado exercido (Silva et al., 2013). Estas podem estar relacionadas com a execução das AVD's e com o acesso aos serviços de saúde disponíveis para os idosos e para os cuidadores (Oliveira e D'Elboux, 2012; Vieira et al., 2011; Stirling et al., 2010; Moreira e Caldas, 2007).

Um estudo recente, realizado por Fernandes et al. (2016) identificou cinco áreas temáticas em relação às necessidades do FC: a transição para o cuidar, o ser responsável por tudo, a importância do suporte, o acesso aos apoios formais e a comunicação e informação na tomada de decisão. Dentro destas temáticas os mesmos autores afirmaram existir inúmeras necessidades de conhecimentos e aprendizagem para o autocuidado decorrentes da transição para o papel de cuidador (Fernandes e Angelo, 2016).

Segundo Melo, Rua e Santos (2014) as necessidades dos cuidadores são semelhantes e englobam recursos comunitários e sociais, conhecimentos e competências quer para cuidarem de si mesmos, quer para cuidarem do seu familiar dependente e apoio emocional. Incluem ainda apoio económico (Melo et al., 2014; Silva et al. 2013), apoio jurídico, apoio profissional e uma comunicação mais eficaz com os profissionais de saúde (Silva et al. 2013).

Outro estudo brasileiro realizado por Martins et al. (2007), identificou a necessidade de educação para a saúde dos FC sobre as doenças nos idosos, bem como orientações sobre a terapêutica medicamentosa, a dieta e o exercício físico, como as principais necessidades sentidas pelos cuidadores. Destacaram ainda que os cuidadores não receberam nenhuma orientação ou suporte para exercerem os cuidados no domicílio.

Segundo Figueiredo (2007), as necessidades dos cuidadores podem ser agrupadas em: ajudas técnicas, apoio financeiro; apoio psicossocial; tempo livre; informação e formação. As necessidades de ajuda prática dizem respeito aos cuidados no domicílio (de enfermagem ou de higiene), bem como nas refeições e tarefas domésticas. O uso de ajudas técnicas como: a cadeira de rodas, andarilho, cama articulada, aparadeira, facilita consideravelmente as tarefas do cuidador.

Figueiredo (2007) refere ainda que, para a maioria dos cuidadores, a necessidade maior é a de ter alguém com quem conversar acerca das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerente à prestação de

cuidados. Outra necessidade, referida pelo mesmo autor, é a necessidade de se sentirem valorizados e apreciados. Figueiredo (2007) refere que os grupos de apoio raramente são mencionadas como necessidade entre os familiares cuidadores, à exceção dos que pertencem a esses grupos. Um outro tipo de necessidade é o “tempo livre”, que consiste em o cuidador ser temporariamente dispensado das tarefas e responsabilidades, ficando assim com tempo para si (Figueiredo, 2007).

Em termos de dificuldades, num estudo realizado por Martins, Corte e Marques (2014) o autor concluiu que as dificuldades expressas pelos FC ao cuidar do idoso dependente no domicílio eram: o prestar cuidados de higiene, alimentares, mobilização (levantar, mobilização e posicionamento), lidar com a debilidade física e a ausência de ajuda.

Outro estudo realizado por Martins et al (2014), com 52 cuidadores informais de idosos dependentes, revelou que, através da aplicação do questionário CADI, a dimensão onde os cuidadores familiares referiram maiores dificuldades foi nas exigências de ordem física, destacando o cansaço físico, as dificuldades em dormir e a diminuição da sua saúde. Em seguida referiram as reações à prestação de cuidados, que refletiam a preocupação e o sentimento de impotência do cuidador, pois não tinham tempo para si, nem para as outras pessoas da família, o que comprometia as suas relações familiares, ficando muitas vezes com alterações do sistema nervoso. As dificuldades relacionadas com as restrições na vida social, estavam associadas a uma diminuição da qualidade de vida do cuidador.

Também é relevante salientar que a prestação de cuidados contribui para mais um encargo financeiro, principalmente, para os cuidadores que pertencem a uma classe social economicamente mais baixa. Neste âmbito, as situações de dificuldade registam-se a vários níveis, nomeadamente, no apoio para despesas médicas e medicamentosas, internamento e equipamento (Figueiredo, 2007). Este autor refere ainda que estas dificuldades financeiras resultam da escassez de rendimentos, fruto das elevadas despesas com a assistência médica, medicamentos e ajudas técnicas.

Assim, de acordo com Melo et al. (2014) a identificação das necessidades dos cuidadores familiares é fundamental, constituindo a primeira etapa do diagnóstico de situação para, posteriormente, se planearem as intervenções de enfermagem.

Num estudo realizado por Morais (2010), num hospital em Portugal, revelou que as intervenções dos enfermeiros durante a preparação da alta, foram baseadas em ensinamentos na altura do acolhimento ou no dia da alta, não tendo sido fomentada a participação efetiva do cuidador em todo o processo. Um mês após a alta a sobrecarga foi sentida pelos cuidadores, sendo notada em várias dimensões. O estudo revelou também que 21,8% dos doentes recorreram a serviços hospitalares poucos dias após a alta e no dia da consulta também se verificaram problemas de saúde.

3. A ALTA HOSPITALAR: A EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS E A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada para garantir a articulação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com outros prestadores de cuidados, como os cuidados continuados integrados, através do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Tem como objetivo geral a “Prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”(Pág.3858). A obtenção de ganhos em saúde, a promoção da eficiência, a redução da demora média e reinternamentos não programados são os princípios base da integração dos cuidados de saúde e de apoio social (Escoval et al., 2010). Através do Decreto-Lei supracitado, foram incluídos nos estabelecimentos de saúde as equipas de gestão de altas (EGA), pela RNCCI.

Assim, a EGA foi regulamentada através do Despacho nº 7968/2011, sendo estabelecido que “em cada hospital do SNS, tem que existir uma EGA” ,Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Uma EGA é constituída, no mínimo, por 3 elementos, um médico, um enfermeiro e um assistente social. Esta tem designadas competências que são: ajudar na identificação precoce dos doentes que necessitem de cuidados continuados integrados; apresentar proposta à equipa coordenadora local (ECL) vocacionada à admissão de um doente na RNCCI, indicando opções para a continuidade de cuidados dirigidas às necessidades reconhecidas; garantir apoio e acompanhamento aos doentes

e família, durante o processo de planeamento da alta; articular-se com os serviços do hospital com o objetivo de facilitar o regresso do doente em situação de agudização da doença de base (UMCCI, 2008).

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados os principais objetivos da RNCCI são (UMCCI, 2009):

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

Com isto a RNCCI pretende que haja uma diminuição da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos, a diminuição da taxa média de ocupação de camas hospitalares, a redução do número de internamento e reinternamento de pessoas em situação de dependência e consequentemente a redução de custos das unidades de hospitalares de agudos (UMCCI, 2009).

Segundo a UMCCI (2008), para o ingresso na RNCCI os doentes têm de cumprir os seguintes critérios:

- Pessoas com fragilidade (pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as

atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas;

- Pessoas com doenças crónicas (com episódios frequentes de agudização e que necessitam de seguimento e controlo domiciliário);
- Pessoas com doença grave, em fase avançada ou terminal (pessoas com uma doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com síndromes intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com um prognóstico de vida de aproximadamente 6 meses e que provoca um grande impacto emocional ao doente, família e/ou cuidador;
- Pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos (tratamento de feridas, úlceras, sondas, estomas, drenagens; reabilitação domiciliária; ensino para ajudas técnicas; ensino para cumprimento terapêutico, supervisão na administração de terapêutica, descanso do cuidador principal).
- Inclui cuidados complexos (úlceras múltiplas, processo em pós-operatório ou pós-traumático, doentes portadores de sonda nasogástrica ou outras sondas ou drenagens, imobilizados).

Existem várias opções de alta de acordo com as necessidades de cuidados dos doentes. São estas:

- Alta para o domicílio, com suporte das equipas de cuidados domiciliários da RNCCI, sempre que os cuidados necessários possam ser prestados no domicílio e a família concorde;
- Unidade que convalescença (internamento até 30 dias), sempre que o doente precise de cuidados de enfermagem e reabilitação 24h por dia, mas sem necessidade de internamento em hospital de agudos;
- Unidade de média duração e reabilitação (internamento até 90 dias) sempre que o doente esteja estável, mas com indicação para reabilitação e cuidados de enfermagem que devam ser prestados

durante 24h/dia, mas sem indicação para revisão diária de terapêutica;

- Unidade de longa duração e manutenção (Internamento superior a 90 dias), sempre que o doente não tenha condições de permanecer no domicílio e necessite de ajuda para as AVDs e cuidados de enfermagem 24h/dia;
- Unidade de cuidados paliativos, quando se verifique uma situação de doença crónica. O tempo previsto de internamento é indeterminado; unidade de dia e de promoção da autonomia, quando o doente se encontra no seu domicílio e possa deslocar-se, mas tenha necessidade de cuidados de manutenção ou reabilitação em ambulatório (UMCCI, 2008).

De acordo com a RNCCI, o planeamento da alta deve aplicar-se a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após o internamento hospitalar e a todos os doentes com grau de dependência que não lhes permita regressar ao domicílio em segurança ou aqueles que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência (UMCCI, s.d.).

Os doentes com estes critérios deverão ser sinalizados à equipe de gestão de altas pelo serviço onde estão internados, num período desejável entre as 24 e as 48 horas após o internamento, para que se possa proceder a um planeamento articulado da alta (UMCCI, s.d.).

O papel do enfermeiro na equipa de gestão de altas é muito importante. Não esquecendo, obviamente, o valor dos restantes elementos da equipa, o enfermeiro tem um papel dinamizador, pois otimiza o processo de articulação com a equipa funcional dos serviços e a articulação com o exterior. É responsável por treinar os demais membros da equipa de enfermagem, orienta tecnicamente, transmite conhecimentos necessários para a realização de procedimentos e treina para a prestação de cuidados (Morais,2010). Uma boa preparação para a alta permite a comprovação dos bons cuidados de saúde prestados à população, como ajuda a minimizar as situações de dependência e de isolamento social (Ramos, 2015).

Um estudo recente, refere que em 18% dos casos os doentes não abandonaram o serviço quando a alta médica foi decidida, por não

apresentarem a sua situação social resolvida. Ramos, 2015, concluiu que o planeamento da alta é realizado de forma independente pelos diferentes profissionais, não havendo assim, uma possível integração das informações de forma clara e uma transmissão eficaz das informações. A autora aponta ainda que tal fato pode acontecer por não haver uma definição clara da responsabilidade de cada elemento da equipa na preparação da alta (Ramos, 2015).

No mesmo estudo, aponta-se a necessidade de avaliação de apoio social ao doente, no momento da admissão. Isto porque quanto mais precocemente este tema for avaliado, mais rapidamente se inicia o processo de apoio após a alta. Este facto pode fazer a diferença entre o doente sair no dia em que o médico decide a alta ou permanecer mais dias internado. Ramos, 2015, salienta ainda o fato de este aspeto ser especialmente importante nos casos de internamento urgente, pois nestes o doente não tem a oportunidade de preparar o seu regresso a casa, visto que foi uma situação inesperada.

Num estudo realizado por Wong et al. (2011), verificou-se que a opinião dos diferentes profissionais e gestores de saúde era unânime quanto à necessidade de se estabelecer um protocolo estandardizado de planeamento da alta, com o objetivo de facilitar todo o processo e torna-lo efetivo. Sugerem ainda um programa de planeamento da alta hospitalar (PAH) estandardizada, com *guidelines* e protocolos definidos, que inclua todos os doentes em risco de RNH, que permita a identificação e acompanhamento dos doentes e ainda a implementação de uma *checklist* com os procedimentos a realizar.

Foram definidas por Scott (2010) um conjunto de intervenções para o PAH são estas: considerar estas intervenções como fazendo parte da transição dos cuidados; ser coordenado por um profissional que toma a responsabilidade por um doente e tem em conta todos os seus riscos e necessidades; o coordenador tem de ter acesso a informações e a outros especialistas; o foco é estar na educação dos doentes, fornecendo assim apoio para o período pós-alta e por último, a existência de um sistema de informação que permita transferir a informação relevante para os cuidados de saúde secundários e todos os intervenientes no período pós-alta.

Para Holland e Hermann (2011) o PAH é efetivo e de sucesso se forem identificados de forma precoce os doentes em risco, se for realizado um

processo de uma forma sistemática, se houver trabalho em equipa multidisciplinar e uma adequada comunicação.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo iremos descrever as questões de investigação e os objetivos do estudo. De seguida apresentaremos o tipo de estudo, o contexto e os participantes, a técnica de colheita de dados, as considerações éticas e o procedimento adotado no tratamento dos dados.

1.1. Questões de investigação e objetivos

Tal como foi referido anteriormente, atualmente, os internamentos têm períodos cada vez mais curtos. A transferência de cuidados hospitalares para cuidados na comunidade ajuda na diminuição de camas ao mesmo tempo que permite a redução de custos, riscos de eventos adversos associados aos cuidados de saúde e permite alcançar ganhos em saúde (OCDE,2015).

Não esquecendo os efeitos positivos da alta precoce, os menos positivos despertaram-me o interesse pelo estudo das respostas efetivas às necessidades dos familiares cuidadores da pessoa idosa dependente, após alta hospitalar por fratura da extremidade proximal do fémur.

Assim, surgiram as seguintes questões de investigação: “Qual a perceção dos familiares cuidadores acerca das altas precoces dos seus familiares idosos dependentes por fratura da extremidade proximal do fémur?” e “Qual a perceção dos profissionais de saúde a exercer funções a nível hospitalar acerca das altas precoces da pessoa idosa dependente por fratura da extremidade proximal do fémur?”.

De acordo com Fortin (2009, p.108-109), um objetivo “(...) é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população e a orientação a dar à investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Para Gerard (2011), a definição dos objetivos de uma investigação obriga o investigador a sentar-se e a pensar sobre os passos que são necessários dar para atingir esses objetivos e resolver o problema proposto.

Desta forma, de acordo com as questões de investigação deste estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer os critérios definidos para a alta hospitalar das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur;
- Identificar a perceção dos profissionais de saúde, envolvidos na alta das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur sobre o momento desta;
- Identificar a diferença entre os conteúdos necessários e os transmitidos ao familiar cuidador na preparação da alta de pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur; Identificar a perceção dos familiares cuidadores em relação ao momento da alta hospitalar da pessoa idosa internada após fratura da extremidade proximal do fémur.

1.2. Tipo de estudo

O estudo é de natureza qualitativa, descritivo, exploratório e longitudinal (para os familiares cuidadores) e transversal (para os profissionais de saúde). Para Turato (2005), os métodos qualitativos são definidos à luz de cinco características. A primeira, diz respeito ao interesse do investigador na busca do significado das coisas. O autor refere que o que “as coisas” (fenómenos, manifestações, ocorrências, factos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam dá estrutura á vida das pessoas. A segunda, refere-se ao ambiente natural do sujeito, é aqui que irá ocorrer a observação sem o controle de variáveis. A terceira característica, centra-se no facto do pesquisador ser o principal instrumento de pesquisa, pois este usa

diariamente os órgãos dos sentidos para apreender os objetos em estudo. A quarta característica, aponta que este método tem maior força de rigor da validade dos dados recolhidos, visto que a observação e a escuta do investigador durante a entrevista, por esta ser em profundidade, podem levá-lo a chegar bem perto da essência da questão em estudo. A quinta e última, aponta para o facto de a generalização não ser a dos resultados (matematicamente) obtidos, mas torna-se possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Assim, cabe ao leitor e consumidor da pesquisa usá-los para examinar a sua plausibilidade e utilidade para entender casos e *settings* novos.

Para Lincoln (1997) os métodos qualitativos são aqueles que procuram capturar o fenómeno de uma maneira holística e compreendê-lo dentro do local onde as pessoas vivem. Face à problemática descrita optamos por um estudo de natureza qualitativa, exploratório, descritivo e transversal.

É um estudo exploratório, pois este auxilia o investigador a aumentar o seu conhecimento em torno de um determinado problema (Triviños, 1987).

É descritivo pois exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Este tipo de estudo pretende descrever os factos e fenómenos de determinada realidade (Triviños, 1987). É estudo transversal, pois foi efetuado num determinado momento (Fortin,2003). É um estudo longitudinal porque foi efetuada colheita de dados em dois momentos. Assim o investigador pode avaliar as alterações que ocorrem no tempo(Fortin,2003).

1.3. Contexto e participantes

O estudo foi realizado no serviço de Ortopedia de um Hospital da Região do Grande Porto. Este serviço tem como recursos humanos: três Chefes de Serviço, quatro Assistentes Graduados, cinco Assistentes Hospitalares, seis internos complementares, um Enfermeiro Chefe, quatro Enfermeiros especialistas em Reabilitação, dois enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica, catorze enfermeiros Graduados, cinco enfermeiros, dois assistentes técnicos e nove assistentes operacionais.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta tem como metodologia de trabalho o de enfermeiro de referência que é assegurada por dois enfermeiros que têm como principal função o acompanhamento dos doentes desde a admissão até à integração na comunidade, ativando a equipa multidisciplinar de acordo com as necessidades do doente e família. A reabilitação é assegurada por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois dos quais a praticar horário fixo e dois em *roulement*.

De acordo com os objetivos do estudo, a seleção dos profissionais de saúde esteve relacionada com o grau de envolvimento no processo de preparação da alta hospitalar do serviço de Ortopedia. De acordo com esta linha de pensamento, acreditamos que para um maior enriquecimento dos dados seria fundamental uma perspetiva multiprofissional da problemática. A preparação do regresso a casa deve ter uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional (Petronilho, 2007; Martins, 2002; Bull Roberts, 2001; Closs; Tierney, 1993).

Face a este argumento, os critérios para a inclusão dos profissionais de saúde foram: pertencer ao serviço de ortopedia; ser responsável pela referenciação dos doentes; pertencer à equipa de gestão de alta e aceitar participar no estudo.

Neste estudo também participaram os familiares cuidadores das pessoas idosas que sofreram uma fratura da extremidade proximal do fémur. Os critérios para a inclusão dos familiares cuidadores das pessoas idosas foram: aceitar participar no estudo; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser familiar cuidador principal da pessoa idosa com alta para o domicílio.

1.4. Técnica de colheita de dados

Ribeiro (2008, pág.141) define entrevista como: “A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode além das

descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores”.

A entrevista pode desempenhar um papel vital para um trabalho científico se combinada com outros métodos de coleta de dados, intuições e percepções provindas dela, podem melhorar a qualidade de um levantamento e da sua interpretação (Júnior e Júnior 2011).

Ribeiro (2008), define como vantagens a utilização da técnica da entrevista a facilidade de adaptação de protocolo, a flexibilidade na aplicação, possibilita a prova e esclarecimento de respostas, a taxa de resposta elevada e o fato de poder ser aplicada a pessoas não aptas à leitura.

Gil (1999), compara a entrevista com a técnica do questionário e apresenta outras vantagens: a possibilidade de se obter maior número de respostas, ao contrário do questionário, pois é mais fácil aceitar ser entrevistado do que responder a um questionário; a sua flexibilidade, por o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se com maior facilidade às pessoas e ao meio em que se desenvolve a entrevista e por fim o fato de possibilitar captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade da voz e a ênfase nas respostas.

Por outro lado, a entrevista apresenta algumas desvantagens ou limitações, o que muitas vezes, a sua utilização pode ser menos viável do que outras técnicas de colheita de dados. Ribeiro (2008), identifica como principais limitações da técnica: o custo elevado, o consumo de muito tempo na aplicação, a não garantia do anonimato, a sensibilidade no entrevistado, as características do entrevistador e do entrevistado, o treino especializado que requer, as questões que direcionam a resposta.

Para Gil (1999) as principais desvantagens da entrevista são: a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas que lhe são feitas; a inadequada compreensão do significado das perguntas; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; inabilidade, ou mesmo incapacidade, do entrevistado para responder adequadamente; a influência exercida pelo aspeto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado e por fim, a influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado.

Dado o nosso objeto de estudo optamos pela entrevista semiestruturada para a recolha de dados. O guião da entrevista dirigida aos familiares cuidadores foi constituído pelos seguintes blocos:

- Bloco 1 - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado
- Bloco 2 – Caracterização do cuidador familiar
- Bloco 3 – Perceção do familiar cuidador acerca do desenvolvimento das suas competências para o papel de cuidador
- Bloco 4 - Perceção do familiar cuidador acerca da preparação para o papel de cuidador.

O guião da entrevista dirigida aos profissionais foi constituído pelos seguintes blocos:

- Bloco 1 - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado
- Bloco 2 – Caracterização do profissional de saúde
- Bloco 3 – Conhecer os critérios envolvidos na decisão para a alta hospitalar
- Bloco 4 - Perceção do profissional de saúde acerca da preparação para a alta da pessoa idosa.

Apresentaremos os guiões das entrevistas destinadas aos profissionais de saúde e aos familiares cuidadores, em anexo (anexo I e II).

Após o consentimento dos participantes, agendamos a data e o local das entrevistas. Os profissionais de saúde foram abordados num só momento. O familiar cuidador, foi abordado em dois momentos: primeiro momento, no hospital – no momento da alta e segundo momento, um mês depois da alta – no domicílio. Foi definido este período, de acordo com os estudos realizados por Louro (2009) e Petronilho (2007).

1.5. Considerações éticas

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 82) “o aumento da pesquisa com a pessoa levou à preocupação ética acerca dos direitos dos participantes do estudo”.

Para Fortin (2003) a ética coloca problemas particulares aos investigadores causados pelas exigências morais que em algumas ocasiões podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Neste estudo teremos em atenção todas as precauções necessárias para proteger os direitos e a liberdade dos participantes no estudo. Assim, solicitamos a autorização ao Conselho de Administração do Hospital. Posteriormente, a todos os familiares cuidadores bem como aos profissionais de saúde, que aceitaram participar no estudo, apresentamos os objetivos do estudo, solicitamos a autorização para participarem no estudo e para gravar a entrevista em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida e, por fim, assinamos o documento escrito formal de pedido de consentimento informado.

1.6. Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo de acordo com técnica defendida por Bardin (2009). Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011).

As três fases preconizadas por Bardin (2011) são: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é identificada como uma fase de organização. Nesta fase, deve estabelecer-se um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Segundo Bardin (2011), esta fase envolve a leitura flutuante, ou seja, um primeiro contacto com os documentos que serão submetidos à análise. É neste momento que se formulam as hipóteses e objetivos e se elaboram os indicadores que irão orientar a interpretação e a preparação formal do material.

O trabalho inicia-se com a escolha dos documentos a serem analisados. No caso das entrevistas, estas terão de ser transcritas e o seu conjunto constituirá o corpus da pesquisa. Para isso, é necessário obedecer às regras de exaustividade, deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir dados; representatividade, a amostra deve representar o universo; homogeneidade, os dados devem referir-se ao mesmo tema, recolhidos através da mesma técnica e colhidos por indivíduos semelhantes; pertinência, os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa; exaustividade, um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (Bardin,2011).

Na segunda fase, exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, atendendo aos seguintes procedimentos de codificação (que compreende a escolha das unidades de registo e recorte: a enumeração; a escolha de categorias, a classificação e a agregação; rubricas ou classes que se reúnem num grupo de elementos – as unidades de registo); classificação (semântica, sintática, léxica - agrupar pelo sentido das palavras) e categorização (que permite reunir um maior numero de informações através de uma esquematização, de modo a correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los) (Bardin,2011).

Na terceira fase do processo de análise de conteúdo, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, para se tornarem significativos e válidos e evidenciem as informações obtidas. Na posse destas informações, o investigador propõe as suas inferências e realiza as suas interpretações de acordo com o seu quadro teórico e os objetivos propostos ou identifica novas dimensões teóricas, de acordo com a leitura do material (Bardin, 2011).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados que resultam dos fenómenos observados no decorrer da colheita de dados são apresentados e analisados de forma a facultar uma ligação lógica com as questões de investigação e com os objetivos de estudo (Vaz Freixo, 2011).

Assim, neste capítulo do trabalho, primeiramente, iremos apresentar, analisar e discutir a caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores, das pessoas idosas e dos profissionais de saúde; após esta caracterização, passaremos a apresentar, analisar e discutir os dados obtidos no primeiro momento da entrevista, realizada em contexto hospitalar: (i) a cinco profissionais de saúde envolvidos na alta, com os objetivos de conhecer os critérios envolvidos na decisão para alta hospitalar e Identificar a sua perceção acerca do momento da alta das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur sobre desta; (ii) a 10 familiares cuidadores no momento da alta hospitalar, com o objetivo de identificar o processo de aquisição de competências do familiar para assumir o papel de cuidador. Posteriormente, apresentaremos os resultados, análise e discussão da entrevista realizada em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores abordados anteriormente, um mês após a alta hospitalar, com o objetivo de identificar a sua perceção acerca da preparação para o papel de cuidador. Apresentaremos ainda uma triangulação das visões do profissional de saúde e dos familiares cuidadores quanto às suas perceções em relação à alta hospitalar precoce das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur.

1.1. Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Como podemos verificar na tabela 1 existe um predomínio de familiares cuidadores do sexo feminino (90%); casados (90%) e com uma idade média de 65 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, podemos referir que

30% possui o 4^a ano de escolaridade e também 30% possui o 12^o ano; seguido de 20% com o 9^o ano. De acordo com a idade, podemos verificar que a maioria (60%) dos familiares cuidadores são reformados e 20% é “Doméstica”. Por fim, a maioria (80%) já coabitava com a pessoa idosa, pois metade (50%) dos familiares cuidadores são cônjuges e a outra metade (50%) são filhos (as).

Em relação ao sexo dos FC e ao seu nível de escolaridade, os valores percentuais obtidos no nosso estudo foram superiores aos de Bierhals et al. (2017). No seu estudo, estes autores encontraram 87,2% FC do sexo feminino, com uma média de 6 anos de escolaridade. A média de idade, inferior (59,6%) no estudo de Bierhals et al. (2017) em comparação ao presente. Em relação ao grau de parentesco, o presente estudo apresenta-se com uma distribuição igual para o grau de parentesco de cônjuge (50%) e filho(a) (50%). Já no estudo de Bierhals et al. (2017) o grau de parentesco de filho(a) é superior (66,6%) aos restantes graus de parentesco.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Sexo	N	%
Feminino	9	90
Masculino	1	10
Total	10	100
Estado Civil	N	%
Casado	9	90
Solteiro	1	10
Total	10	100
Idade	N	%
≤65 Anos	4	40
>65 Anos	6	60
Total	10	100
Habilitações Literárias	N	%
4 ^a ano	3	30
9 ^o Ano	2	20
9 ^o Ano + Curso técnico	1	10
12 ^o Ano	3	30
Bacharelato	1	10
Total	10	100
Profissão	N	%
Reformado	6	60
Doméstica	2	20
Auxiliar de ação educativa	1	10
Desempregada	1	10
Total	10	100
Coabitação com a pessoa idosa	N	%
Sim	8	80
Não	2	20
Total	10	100

Grau de parentesco	N	%
Cônjuge	5	50
Filha(o)	5	50
Total	10	100

1.2. Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas

Na tabela 2 descrevemos as pessoas idosas com FEPF do ponto de vista sociodemográfico: sexo, idade e estado civil. Em relação ao sexo das pessoas idosas do presente estudo, podemos verificar que 80% são do sexo masculino; com uma média de 79 anos de idade. Relativamente ao estado civil, 60% são casados e 40% viúvos.

Embora, os estudos refiram que é maior a probabilidade de cair entre as mulheres (Martins e Mesquita, 2016; Castro, 2015), no nosso estudo verificamos que a queda ocorreu maioritariamente em indivíduos do sexo masculino.

Quanto ao estado civil, o nosso estudo também corrobora o de Martins e Mesquita (2016), pois a amostra destas também era maioritariamente casada. Quanto à média das idades, no presente estudo é superior, com a idade mínima de 66 anos e a máxima de 90, comparativamente ao estudo de Castro (2015).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas

Sexo	N	%
Masculino	8	80
Feminino	2	20
Total	10	100
Idade	N	%
65- 70	1	10
71-76	2	20
77-82	4	40
83-88	2	20
89-94	1	10
Total	10	100
Estado civil	N	%
Casada	6	60
Viúva	4	40
Total	10	100

1.3. Estado de saúde da pessoa idosa

Iremos apresentar os dados relativos ao estado de saúde das pessoas idosas antes da queda, o motivo da mesma e o grau de dependência após a queda, na perspetiva do familiar cuidador.

Estado de saúde antes da queda

Quando questionados sobre o estado de saúde do seu familiar antes da queda, emergiram as categorias Mobilidade reduzida (60%) e independente com Doenças Crónicas (40%). Estes dados vão ao encontro do que Pinho et al. (2012) defendem, quando referem que as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, tais como, a diminuição da força muscular, amplitude de movimento, velocidade de contração muscular, acuidade visual e auditiva e as alterações posturais, reflete-se na mobilidade funcional e no equilíbrio em idosos. Os mesmos autores, apontam ainda que estas alterações podem trazer consequências para o idoso, como o aumento do risco de queda, redução do nível de independência funcional e, conseqüentemente, a diminuição da qualidade de vida.

Tabela 3 - Estado de saúde pessoa idosa antes da queda

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Estado de saúde antes da queda	Mobilidade reduzida	E6 –“Teve um AVC...recuperou quase na totalidade... Ele em casa toma banho sozinho...mas não vem à rua sozinho.” E1 –“ Ele andava bem, ele tem um problema de ácido úrico que às vezes não podia andar porque lhe inchava muito os dedos e é transplantado do Santo António. “ E3 – “...há um mês para cá é que começou a ficar mais acanhadita para fazer...tomar banho sozinha. Agora a minha filha já ajuda... ajudava a vestir.... Porque não tinha bem a noção do que é que havia de vestir não é ...sabe que com o Alzheimer...” E7 – “... ele já usava bengala, tomava banho sozinho, mas eu tinha que estar presente para lhe chegar as coisas, shampoo, sabonete, ajuda-lo a sair da banheira. ...ia com ele no pátio la de casa...” E9 – “...ele já precisava de mim para quase tudo... jantar, medicação, tratar da roupa...ajudo no banho... ele toma banho sozinho, mas precisa de mim para o lavar, chegar as coisas... tenho medo que ele caia...”	6	60

Continuação da Tabela 3 - Estado de saúde pessoa idosa antes da queda

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Estado de saúde antes da queda	Independente com Doenças crónicas	<p>E4 – “Ela fazia tudo. Era praticamente independente”</p> <p>E2 – “Tem problemas de próstata e está sempre a ser vigiado pelo IPO do Porto. Mas a próstata... nada que se compara com esta queda...”</p> <p>E5 – “...ele andava bem, ia até lá a baixo até à praia...também tem ácido úrico, foi operado à tiroide, operado á coluna...ele fazia tudo sozinho... se tivesse que ir com os colegas, que convidavam para não ficar em casa, ia...não tinha problemas nenhuns...não tinha nada”</p> <p>E8 – “...ele era muito independente, fazia tudo em casa...ajudava-me muito. Ia buscar o pão todos os dias à padaria, buscar o jornal...”</p>	4	40

Motivo da queda

Da questão motivo da queda, tabela 4, emergiu a categoria Domicílio, com as subcategorias Instabilidade postural (50%) e Escorregou (20%) e a categoria Jardim. Sendo que 70% da população idosa caiu no domicílio e apenas 30% caiu no exterior, no jardim. Estes dados corroboram Fhon et al. (2013), quando referem que as quedas, na sua maioria, registam-se no domicílio, principalmente na sala, quarto, casa de banho e cozinha. As quedas que ocorrem no interior verificam-se em idosos mais frágeis, com dificuldade de mobilidade e locomoção, as exteriores estão associadas a idosos com maior grau de atividade (Kelsey et al., 2012). As quedas ocorreram mais nos indivíduos do sexo masculino, o que corrobora Duckham et al. (2013) quando referem no seu estudo que a maior percentagem das quedas no exterior é dos indivíduos do sexo masculino, por estes passarem mais tempo ao ar livre.

Tabela 4 - Motivo da queda

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Os motivos da queda do idoso	Domicilio	Escorregou	<p>E1 – “Foi uma bicha da torneira da casa de banho por baixo do lavatório que rebentou... e como rebentou a água inundou logo, foi para todo o lado da casa. Ele vinha da sala com o cão e eu disse-lhe “olha a agua”, mas ele não reparou...e escorregou na água e caiu...”</p> <p>E3 – “ele caiu ali na cozinha...eu acho que foi o chão molhado da pia... ela escorregou...”</p>	2	20
		Instabilidade Postural	<p>E2 – “ele caiu na sala mas eu só dei por ela muito depois quando cheguei...”</p> <p>E4 – “...só que ela não se levantava sozinha e naquele dia levantou-se sozinha. E caiu...”</p> <p>E9 – “...ele deve ter acordado confuso não sei... ele nunca se levantava sozinho...levantou-se para ir a casa de banho e acordei com um grande barulho... porque ele não caiu da cama... ele caiu entre o quarto e a casa de banho..”</p> <p>E6 – “...o terapeuta ate nos tinha aconselhado comprarmos um andarilho...comprei um andarilho de 3 rodas 2 ou 3 dias antes dele cair...”</p> <p>E7- “ohhh... ele já se desequilibrava...nos andávamos sempre a dizer para ele ter cuidado...ele andava com aquela bengala como se fosse um acessório.. não apoiava nada... até aquele dia... ele já tinha caído outras vezes...mas desta vez foi grave... partiu mesmo a perna.”</p>	5	50
	Jardim	<p>E5 – “...ele tinha ido a casa do irmão do meu senhorio e foi apanhar laranjas...ele disse-lhe “ queres laranjas...leva” ele pegou nas escadas e foi as laranjas...e caiu ”</p> <p>E8 – “ Nós temos um pátio pequenino la em casa, e ele gostava muito de ir para la plantar umas couves ou umas flores...tinha la as coisas dele...e tropeçou”</p> <p>E10 – “ele caiu ali no jardim...”</p>	3	30	

Grau de dependência da pessoa idosa após a queda

Quanto ao grau de dependência após a queda, tabela 5, destacaram-se as categorias Sem Mobilidade (60%) e Mobilidade com Ajudas Técnicas (40%). Estes dados vão de encontro ao estudo realizado por Santos et al. (2011), que referem que os doentes submetidos a cirurgia da anca têm uma probabilidade acrescida de se tornarem dependentes, pois esta patologia é uma das principais causas da incapacidade funcional. Os idosos que foram submetidos a intervenção cirúrgica da anca apresentam dificuldade em

realizar as atividades de vida diária, tornando-se muitas vezes dependentes dos familiares. Júnior e Santo (2015) acrescentam ainda que a independência física, tem um enorme impacto na sociedade, pois as quedas comprometem a capacidade funcional, a autonomia e a percepção de qualidade de vida dos idosos.

Tabela 5 - Grau de dependência da pessoa idosa após a queda

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Grau de dependência da pessoa idosa	Sem mobilidade	<p>E3 – “...não ...neste momento, não começou a andar...”</p> <p>E4 – “ ... os enfermeiros disseram que ela tem dificuldade em andar...está com pouca força nas pernas...”</p> <p>E6 – “ ele agora estar muito fraquinho... com menos força....ele já estava com menos força por causa de todos os problemas...mas depois disto está bem pior...”</p> <p>E9 – “ Neste momento acho que o problema é mesmo que ele agora tem pouca força nas pernas...ficou muitos dias à espera para ser operado.”</p>	5	50
	Mobilidade com ajuda técnica	<p>E1 – “ Ele está quase sem mobilidade e anda muito pouco...”</p> <p>E7 – “ ... as enfermeiras dizem que ele dá uns passinhos de andarilho.... Mas andarilho... se ele já não andava bem...agora... não sei como vai ser...”</p> <p>E8 – “ Ele anda ali de andarilho, até anda bem, mas em casa não sei como vamos fazer...”</p> <p>E5 – “ ...agora? Agora anda muito mal... precisa daquele andarilho para andar...anda muito devagar”</p> <p>E10 – “ os enfermeiros dizem que ele anda bem lá com o andarilho...eu vi uma vez... o enfermeiro disse que ele tinha andado até ao corredor muito bem...”</p>	5	50

1.4. O familiar cuidador em contexto hospitalar

Neste capítulo, vão ser apresentados os resultados da entrevista realizada aos familiares cuidadores, no momento da alta hospitalar, relativos ao motivo que os levaram a assumir o papel de cuidador, a sua reação face à alta da

pessoa idosa e à sua percepção acerca da preparação realizada no serviço para assumir o papel de familiar cuidador.

Motivo que levou o familiar a assumir o papel de cuidador

Relativamente aos motivos que levaram os familiares a assumirem o papel de cuidadores, podemos verificar, na tabela 6, que emergiram as categorias Laços familiares (n=9) e Fator económico (n=1). Estes dados corroboram o estudo de Ramos (2012), pois este também verificou que os motivos para assumir o papel de FC foram, entre outros, os laços familiares (n=5) e o fator económico (n=1), a recusa da institucionalização (n=2) e a solidariedade (n=1). Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010) referem que os motivos que levaram o FC assumir o papel de cuidador foram os inerentes à pessoa que cuida, tais como, o estado de saúde, a rejeição da institucionalização, o sentimento de obrigação, gratidão, dependência financeira, grau de parentesco, proximidade física e afetiva e os inerentes à família, tais como, a tradição familiar e a ausência de outras respostas.

Tabela 6 - Motivo que levou o familiar a assumir o papel de cuidador

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Motivo que levou assumir o papel de cuidador	Laços familiares	<p>E1 – “...como ele cuidou de mim também, ajudou no que era possível quando eu meti as minhas próteses eu agora também, da maneira como puder vou fazendo. Compreende? Temos que nos ajudar uns aos outros...”</p> <p>E4- “ é minha mãe Sr. Enfermeira...ela vive do lado de minha casa. Vou ter que me adaptar...porque também não sei como vou fazer...”</p> <p>E7 – “Porque é meu pai... porque ele sempre me ajudou e ajudou a família toda...agora é a minha vez...”</p> <p>E9- “Porque é meu pai...porque ele sempre viveu comigo enquanto estava saudável, depois ficou doente e eu fiquei com ele e agora não podia ser diferente..”</p> <p>E10- “ É meu pai...ele já vivia comigo... ele já esta comigo há 5 anos...e vai ficar comigo... enquanto eu puder ele fica comigo e vamos dando um jeito...”</p>	9	90
	Fator económico	<p>E5 – “ A gente também não tem possibilidades de pagar a outras pessoas para ajudar. E eu tive que assumir...”</p>	1	10

Reação do FC face à alta da pessoa idosa

Na análise das respostas dos FC sobre a sua reação face á alta do seu familiar, tabela 7, emergiram as categorias Aceitação/contentamento (50%), Preocupação (40%) e Obrigação (10%). No estudo realizado por Pereira et al.

(2012), verificou-se que à saída do hospital os FC referiram sentimentos de medo e preocupação, pois tinham a percepção que não eram capazes de corresponder às exigências da prestação de cuidados.

Tabela 7 - Reação do FC face à alta da pessoa idosa

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Reação do FC face à alta da pessoa idosa	Aceitação/contentamento	<p>E1 – “ ...quando vi que foi a perna descansei mais um bocado...porque uma perna, a princípio, só se rejeitar a prótese. Se não rejeitar vai correr tudo bem...”</p> <p>E5 – “facilmente... eu já estava a contar. Eu já tirei tudo... para ele andar mais a vontade, cheguei a mesa que tenho na sala para o canto...”</p> <p>E8 – “Os enfermeiros já me tinham dito que entre este dias ele ia ter alta... então eu falei com a minha filha e tratamos de ela nos vir buscar...já esta tudo tratado...”</p> <p>E10 – “Eu fiquei contente.. a nossa casa é a nossa casa ... a verdade é que com os meus horários fica complicado para mim vir para ca fazer-lhe companhia...em casa é outra coisa, está sempre la alguém ate que seja um bocadinho...”</p>	5	50
	Preocupação	<p>E6 – “É assim, vamos precisar...eu acho que vamos precisar de ajuda, certamente ele não vai andar logo de início e eu estou preocupada, porque eu estou a ver que ele esta muito tempo deitado, imobilizado, isto para ele...já não tem praticamente força muscular, vai ser complicado retomar o andar. Está-me a preocupar...”</p> <p>E2 – “ ...pedi ao Dr., se ele não podia ficar mais uns dias até ele poder andar um bocadinho...então a minha filha contratou um enfermeiro que vai hoje às nove da noite e sai amanhã às nove da manhã... ”</p> <p>E9 – “Agora ele vai acamado para casa... as enfermeiras dizem que ele não colabora no andar... eu tenho lá tudo direitinho, cama articulada, essas coisas todas...mas eu nunca dei um banho na cama... não sei como vou fazer...falaram-me em chamar apoio domiciliário... ter umas senhoras para ir lá a casa dar banho de manhã e vou fazer isso... amanhã de manhã elas já la vão...”</p>	4	40
	Obrigação	<p>E4 – “Quando a minha mãe caiu ela estava bem.. só que ela não se levantava sozinha e naquele dia levantou-se sozinha...e caiu. Eu tava lá em casa. Só que já não cheguei a tempo... e pronto...naquele dia foi assim... eu tava lá.”</p>	1	10

Preparação realizada no serviço para assumir o papel de familiar cuidador

Na tabela 8, podemos verificar que à questão sobre a preparação realizada no serviço para assumir o papel de familiar cuidador, emergiram as categorias Ausência de Informação (90%) e Informação (10%). No seu estudo Morais (2010) também verificou que durante o internamento 61,8% dos familiares cuidadores não receberam qualquer tipo de ensino. Vários autores (Chaves, 2010; Baia, 2010), apontam a formação e os ensinamentos ao utente e

família como de extrema importância. Baia (2010) refere no seu estudo que o enfermeiro, como profissional de saúde tem uma forte função pedagógica. Chaves (2010) reforça ainda que não adianta querer manter o doente/idoso no domicílio sob os cuidados da família, se esta não se encontra preparada para tal função.

Tabela 8 - Preparação realizada no serviço para assumir o papel de familiar cuidador

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Preparação realizada no serviço para assumir o papel de FC	Ausência de informação	<p>E1 – “Está-se a referir a? Se já me explicaram? Não, ainda ninguém falou comigo. Até agora ninguém falou comigo. Podia dizer que sim, mas não.”</p> <p>E2- “Não, nada. Deram-me agora o papel, que as enfermeiras tinham uns papéis para me entregar e estou à espera disso para ligar aos bombeiros para o vir buscar porque ele não se pode mexer, está com algália.”</p> <p>E3 – “Não tive tipo de preparação nenhuma. Mas foi dito aqui que ia levar lá alguém para ... foi-me dito que iam lá... mas disseram nada... tem alta hoje e não disseram nada...”</p> <p>E4 – “Preparação? Preparação como? ...não. Ninguém me disse nada. Ninguém me deu nenhuma preparação...”</p> <p>E5 – “Não, não tive formação nenhuma. Eu já cuidei de uma senhora de idade ao pé de casa...cuidei da minha mãe... já estou habituada, mas a idade vai passando e fisicamente vai falhando.”</p> <p>E7 – “Oh Sr. Enfermeira... preparação... não sei... ninguém me disse nada...”</p> <p>E8 – “ Não, ninguém falou nada comigo...”</p> <p>E9 – “ Sr. Enfermeira, preparação como?”</p>	9	90
	Informação	<p>E9 – “...disseram-me que vão lá também os enfermeiros fazer a fisioterapia...”</p>	1	10

1.5. O regresso a casa

No segundo momento, a entrevista foi realizada no domicílio, um mês após a alta hospitalar, tendo sido previamente combinada e agendada no final do primeiro momento, onde foram abordados sobre as necessidades e dificuldades sentidas desde a alta do seu familiar, a perceção acerca da preparação da alta hospitalar bem como os tipos de apoio que tem.

Necessidades sentidas desde a alta do seu familiar

Quando questionados sobre as necessidades sentidas após a alta hospitalar, tabela 9, emergiram as categorias Alteração do Espaço Físico (60%), Sobrecarga Financeira (40%) e Autocuidado (10%). Embora a alteração do espaço físico não seja uma necessidade relatada por outros autores, um estudo recente realizado por Fernandes et al. (2016), concluíram que a necessidade de conhecimento e aprendizagem para o autocuidado encontram-se descritas na literatura, bem como o apoio financeiro. Estes autores apontam também como necessidades relatadas pelos cuidadores as emocionais, sociais, a existência de uma rede de apoio para cuidadores, de informação e a comunicação com os profissionais de saúde.

Tabela 9 - Necessidades que tem vindo a sentir desde a alta do familiar

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Necessidade que tem vindo a sentir desde a alta do seu familiar	Alteração do espaço físico	<p>E1 – “...no quarto tivemos que tirar alguns armários para o andarrilho andar direito..”</p> <p>E3 – “... tivemos que alterar as coisas...trouxemos a cama aqui para a sala e foi improvisado um quarto.”</p> <p>E4 – “...nós mudamos aqui a casa toda, como vê..”</p> <p>E8 – “...eu já tirei os tapetes aqui de casa e já arrastei aqueles moveis para que ele ande sem problemas com o andarrilho...”</p> <p>E5 – “ eu já tirei tudo para ele andar mais à vontade, cheguei a mesa que tenho na sala para o canto...”</p>	6	60
	Sobrecarga financeira	<p>E4 – “... as fraldas são muito caras... gastamos muitas...”</p> <p>E5 – “ ...as possibilidades são poucas e ao que a gente recebe às vezes nem para os medicamentos chega. Eu estou com 185 euros ...o que é isso?.. até Deus me dar forças”</p> <p>E6 – “as dificuldades é o que não temos... o dinheiro. As coisas são muito pequenas andamos sempre na farmácia...”</p> <p>E8 – “... e o dinheiro não chega para tudo sabe?...”</p>	4	40
	Ajuda nos autocuidados	<p>E2 – “Ele mexe-se, mas não consigo muda-lo muito bem...então eu ás vezes tenho que esperar que a minha filha chegue para me ajudar a muda-lo...”</p> <p>E9 – “ Tenho medo que lhe dê vontade de ir para a cama mais cedo e eu não posso com ele...”</p>	2	20

Dificuldade que tem vindo a sentir desde a alta do seu familiar

Relativamente às dificuldades sentidas pelos familiares cuidadores, tabela 10, emergiram as categorias Falta de Tempo (100%), Sobrecarga Física (30%), Alteração de Papéis e Solidão (10% em ambas). Em estudos recentes, tais como, o de Martins (2014) e Ferreira (2017) não se verificou a falta de tempo como a principal dificuldade dos FC. No entanto, Perlick et al. (2008) apresentaram a falta de tempo como uma das principais dificuldades sentidas pelos familiares cuidadores. A sobrecarga física, foi também referida por todos autores atrás referidos como uma das dificuldades sentidas.

Tabela 10 - As dificuldades que tem vindo a sentir desde a alta do seu familiar

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Dificuldades que tem vindo a sentir desde a alta do familiar	Falta de tempo	<p>E4 – “O meu marido, sabe como é...ele gosta muito dela, mas ele também sente que eu já não dou tanta atenção à casa... não consigo estar com os meus netos.. porque a minha filha mora longe e vem sempre almoçar aos domingos, mas agora não dá...”</p> <p>E1 – “...para cozinhar sou eu ... para limpar sou eu... para arrumar sou eu... tem sido difícil...”</p> <p>E8 – “... também a vida familiar mudou um bocado, já não é como era antes...também tenho menos tempo...”</p> <p>E9 – “...eu sou muito certinha com as minhas coisas...e nos últimos tempos sinto que estou mais esquecida de mim não sei...é a minha independência... se quero ir aqui ou ali sinto-me presa...estou sempre dependente de alguém...”</p> <p>E9 – “ No outro dia estava a ver a minha agenda e reparei que tinha faltado à minha consulta de rotina que vou todos os anos para fazer análises... é complicado...sinto-me um bocado presa às vezes...”</p>	10	100
	Sobrecarga física	<p>E1 – “...a minha filha tem vindo dar uma ajuda nestas ultimas semanas porque eu com a bengala, e com as dores que sinto não consigo fazer tudo sozinha..”</p> <p>E2 – “...eu quero fazer as coisas, mas sinto-me incapaz às vezes...”</p> <p>E4 – “ Vou tentando fazer o que consigo não tenho ajuda nenhuma...”</p>	3	30
	Alteração de papéis	<p>E1 – “... eu tava habituada que ele me ajudasse...agora sou eu ajuda-lo...”</p> <p>E2 – “ ...ele ajudava-me muito.. fazia-me tanta companhia...conversávamos muito..”</p>	2	20
	Solidão	<p>E2 – “A maior dificuldade é eu sentir-me sozinha... às vezes até incapaz...”</p>	1	10

Adequação da preparação da alta no hospital às necessidades do FC

Na análise dos dados relativos á adequação da preparação da alta, tabela 11, emergiram três categorias. A Reabilitação (50%), a Informação

(30%) e a Não Adequação (20%). Embora a maioria dos FC tenha referido anteriormente não ter tido qualquer tipo de preparação, referem agora ter tido informação e existir continuidade de cuidados no domicílio. Estes dados vão de encontro aos obtidos por Morais (2010), cujos FC durante o internamento (61,8%) referiram não ter recebido qualquer tipo de ensino e um mês após a alta referiram não ter sentido qualquer necessidade de ensino suplementar em casa (67,3%).

Relativamente à continuidade de cuidados, de acordo com a UMCCI (2011), é importante investir na coexistência e otimizar a correta articulação entre os CSP e o Hospital, de forma a possibilitar a satisfação dos utentes e cuidadores.

Tabela 11 - Adequação da preparação da alta no hospital às necessidades do FC

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Adequação da preparação da alta no hospital às necessidades do FC	Reabilitação	<p>E3 – “Foi...sim... ela está a ser agora acompanhada... tudo que disseram...está a ser acompanhada...vem cá de manhã as meninas da limpeza de manhã e à tarde os enfermeiros tratam-na e fazem fisioterapia...”</p> <p>E4 – “Sim... o enfermeiro vem fazer a reabilitação todos os dias à minha mãe...”</p> <p>E7 – “O enfermeiro vem cá todos os dias fazer ginástica.”</p> <p>E9 - “...fica ali no cadeirão no quarto até à tarde, quando vem o enfermeiro que vem fazer a reabilitação...que me ajuda depois a deita-lo...”</p> <p>E10 – “...tem feito a sua fisioterapia dele todos os dias...a perninha já está menos inchada.”</p>	5	50
	Informação	<p>E8 – “ As enfermeiras disseram-me sempre para ter era cuidado com os tapetes e foi o que eu fiz, tirei os tapetes todos de casa....”</p> <p>E10 – “ ...já tiramos daqui os tapetes...”</p>	3	30
	Não adequada	<p>E1 – “Tem sido complicado...difícil...sabe que as pessoas vão ajudando mas eu também sempre fui uma pessoa doente...”</p> <p>E2 – “ ...ninguém me preparou para nada disto...o meu marido esta na cama, sempre muito queixoso, não o conseguimos levantar... ele não ajuda nada...ninguém me preparou para isto...”</p>	2	20

Tipos de apoio

Como podemos analisar na tabela 12, na questão sobre o tipo de apoios emergiram três categorias: (i) Apoio Formal (60%) com a subcategoria Centro de Dia (40%) e Centro de Saúde (20%); (ii) Apoio Informal (40%) com a subcategoria, Apoio Familiar (30%); (iii) Sem Ajuda(10%). Fernando et al.

(2017), numa revisão bibliográfica, concluíram que os apoios formais são uma fonte importante para uma transição eficaz para o papel de cuidador. As necessidades sociais, a rede de apoio para cuidadores e o apoio económico e estrutural são também referidos como importantes nos apoios formais. Os autores concluíram ainda que são muitos os cuidadores que têm acesso limitado à informação e pouco conhecimento em relação aos apoios existentes na comunidade. Fernando et al. (2017) salientam ainda que mesmo que esses recursos estejam disponíveis, por exemplo, os existentes para proporcionar descanso ao cuidador, geralmente, os FC sentem-se na obrigação de cuidar e acabam por não os utilizar.

Nardi (2012, p. 43) refere que, quer o apoio da rede social formal, quer da rede social informal, “desempenham um papel de extrema relevância no que concerne ao cuidador familiar, visto se configurarem em fatores facilitadores para o controle de situações problemáticas, ou dificuldades encontradas no cotidiano do cuidado”

Tabela 12 - Tipos de Apoio

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	N	%
Tipos de apoio	Apoio Formal	Centro de Dia	E2 – “ Sim, o apoio domiciliário” E3 – “ Apoio domiciliário” E8 – “ tenho apoio domiciliário, vem umas meninas dar o banho...” E9 – “ Apoio domiciliário.”	4	40
		Centro de saúde	E1 – “ Tenho os enfermeiros que vem fazer a reabilitação” E3 – “ ECCI, Reabilitação..” E5 – “ Centro de saúde...enfermeiro de família	2	20
	Apoio informal	Familiar	E7 – “A ajuda que tenho é do meu marido e filho...são eles que vão ajudar quando eu não estou ou não posso..” E10 – “Não é preciso...no que ele precisa nós ajudamos..” E6 – “ Porque não precisa, tenho o meu marido e filhos que me vão ajudando...enquanto a família conseguir fazer, vamos fazendo....”	3	30
	Sem Ajuda		E4 – “Não...achei que não ia precisar...eu fazia mas agora não sei se vou precisar...”	1	10

1.6. A equipa de gestão de altas

Apresentaremos agora os dados relativos à equipa de gestão de alta do hospital. Tendo presente o principal objetivo da entrevista, a natureza da informação que pretendíamos e os critérios estabelecidos para a seleção dos participantes, que incluía o maior grau de envolvimento no processo de referenciação e preparação da alta hospitalar, que é habitualmente da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, foi decidido que iriam ser entrevistados a Equipa de Gestão de Altas do hospital, que é constituída por um enfermeiro, um médico e uma assistente social, bem como os enfermeiros do serviço de ortopedia que desempenham um papel fundamental no processo de referenciação e preparação da alta hospitalar dos idosos dependentes.

Tabela 13 - Profissionais de saúde que participaram no estudo

Nº	Categoria profissional	Papel na prática clínica
P1	Enfermeira especialista em reabilitação	Serviço de Ortopedia
P2	Enfermeira generalista	Serviço de Ortopedia
P3	Enfermeira especialista em Saúde Mental	Equipa de Gestão de Altas
P4	Assistente social	Equipa de Gestão de Altas
P5	Médica	Equipa de Gestão de altas

Caracterização sociodemográfica dos profissionais

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde, tabela 14, a maioria tem idade compreendida entre os 45 e os 55 anos (60%); é casada (60%) e tem licenciatura (60%), sendo 40% especialistas. Dos profissionais entrevistados 60% são enfermeiros; 20% médicos e 20% assistentes sociais. A maioria dos profissionais de saúde (60%) tem 21 e mais anos de serviço e 40% trabalha há menos de 10 anos no atual serviço.

Tabela 14 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde

Idade	N	%
34-44	2	40
45-55	3	60
Total	5	100
Estado civil	N	%
Casada	3	60
Divorciada	2	40
Total	5	100
Habilitações literárias e profissionais	N	%
Licenciatura	3	60
Especialidade	2	40
Total	5	100
Categoria profissional	N	%
Enfermeira	3	60
Assistente social	1	20
Médica	1	20
Total	5	100
Anos de Serviço	N	%
9- 20 Anos	2	40
≥ 21 Anos	3	60
Total	5	100
Anos no atual serviço	N	%
< 10 anos	2	40
10 – 12 anos	3	30
Total	5	100

O profissional de saúde no processo da alta

Analisando o papel do profissional de saúde no processo da alta, tabela 15, emergiram as seguintes categorias: Articular com o Centro de Saúde, onde sobressaem as subcategorias USF (60%) e ECCI (60%); Ensinos (20%); Articular com a Equipa de Gestão de Altas (20%) e Identificar Necessidades (20%). Segundo a UMCCI (s.d.), no contexto da RNCCI, o planeamento da alta deve aplicar-se a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, logo após o internamento hospitalar e a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que seja impedimento para o regresso ao domicílio em segurança ou que seja necessário uma avaliação maior do grau de dependência.

A UMCCI (s.d.), acrescenta ainda que os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados devem ser sinalizados, pelo serviço onde estão internados, à EGA do hospital, de preferência entre as 24 e as 48h após o internamento, com o objetivo de proceder a um planeamento articulado da alta.

Assim, podemos contatar que no nosso estudo se verifica o que é preconizado pela rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, pp. 3856) as “ ... respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações...”.

Tabela 15 - Papel do profissional de saúde no processo da alta

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Papel do profissional de saúde no processo da alta	Articulação com Centro de Saúde	USF	P1 - “e também com o enfermeiro de família para a administração de enoxaparina” P2 – “ ...também por vezes com os enfermeiros de família”	3	60
		ECCI	P1 – “Ativamos logo, em doentes de trauma, ativamos logo no primeiro dia, pelo menos a ECCI, para recuperação funcional ..” P2 – “...é a articulação entre o serviço e as equipas da rede de cuidados continuados...”	3	60
	Ensinos	P1 - “ ...com o prestador de cuidados, transferências, levantes, como é que se levanta ,como é que se transfere. Como é que se faz o treino de marcha, e que tipo de sinais de alarme..”	1	20	
	Articular com a equipa de gestão de altas	P3 – “ ..há uma articulação com a equipa de gestão de altas para ver se o doente tem ou não vaga e fazemos essa articulação..”	1	10	
	Identificar necessidades	P4 – “ a partir do momento que é feito o pedido de colaboração, identifico as necessidades do doente e da família... no sentido de organizar as condições necessárias para receber o doente no seu domicilio, tendo em conta o grau de dependência.”	1	10	

Critérios na alta hospitalar da pessoa idosa

Quanto aos critérios para a alta hospitalar da pessoa idosa, tabela 16, emergiram duas categorias: Clínicos (60%) e Sociais (40%). Num estudo realizado por Petronilho et al.(2013) não se verificaram os critérios clínicos como o principal critério mencionado pelos profissionais, Estes autores verificaram que os profissionais de saúde que fizeram parte do seu estudo, independentemente da categoria profissional, apontaram como principal critério os centrados no doente e na família, com enfoque no familiar cuidador e no seu grau de mestria para cuidar do dependente. Petronilho et al. (2013) encontraram ainda critérios centrados na comunidade e dentro desta as subcategorias Serviços de cuidados ao domicilio disponíveis (apoio de equipas de supervisão e de desenvolvimento de capacidades nos FC e tratamento de úlceras de pressão, cuidados de reabilitação etc...) e Suporte da rede social (lares de idosos, famílias de acolhimento, equipas de apoio domiciliário que auxiliam nos cuidados de higiene e conforto e refeições) .

Para que a alta hospitalar seja considerada adequada é necessário que tanto a alta médica, como de enfermagem e social sejam coincidentes (UMCCI, s. d.).

Tabela 16 - Critérios para a alta hospitalar da pessoa idosa

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Critérios para a alta hospitalar da pessoa idosa	Clínicos	<p>P1 – “...se o doente deambula, a idade é logo um critério, os 75 anos e depois o grau de dependência nas AVDs...</p> <p>P2 – “... não são determinados por mim, como compreende, o critério para ter alta .. se o doente pode ter alta é uma decisão clinica, não é?”</p> <p>P5 – “O critério para a alta hospitalar aqui e em todo o lado são determinados pela equipa assistencial, e são critérios clínicos.”</p>	3	60
	Sociais	<p>P3 – “.....há doentes nos próprios dizemos, este doente só pode sair daqui com ECCI, sem ser aqueles casos que vão convalescença ou unidades de média duração... mas aqueles doentes que nós pensamos que realmente é uma mais valia e deve ter um acompanhamento por uma equipa, muitas vezes a alta do serviço é adiada, não a alta médica, mas porque fica cá a aguardar ECCI... muitas vezes nós acabamos por fazer e tentar fazer isso ...quando vemos que é uma família que necessita.”</p> <p>P1 – “... se tem suporte social adequado ou não, se vai ter um prestador de cuidados, uma pessoa em casa, porque depois para ir lá a equipa de reabilitação e não só, tem que estar alguém para abrir a porta... se deambula ou não...”</p>	2	40

O processo da alta

Do discurso dos profissionais à pergunta acerca do processo da alta, tabela 17, emergiu a categoria Sinalização/ Referenciação (80%). Podemos perceber que a maioria dos PS no processo da alta valoriza a referenciação, visto que em todos os discursos, a referenciação é vista como o principal foco desde que o doente entra até ao momento da alta. Isto pode ser justificado pelo que Teixeira (2012) refere no seu estudo, quando aponta que a alta hospitalar, quando planeada com a devida antecedência e quando são assegurados os cuidados específicos a cada doente, o próprio beneficia de ir o mais rapidamente para casa, uma vez que há diminuição dos riscos de adquirir infeções hospitalares e uma redução do custo do próprio tratamento.

A DGS (2004) define ainda o PAH como um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, e considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais, tal como a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.

Tabela 17 - O processo da alta, desde a admissão do doente até o momento da alta

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
O processo da alta desde admissão do doente até ao momento da alta	Sinalização/Referenciação	<p>P1 – “Nós temos que pedir o serviço social, sinalizamos sempre o doente...fazemos sempre a ativação da ECCL e da assistente social... e à quinta-feira reunimos para revermos a situação do doente se está muito demorado, se não está, o que é preciso mais ativar...”</p> <p>P2 - “...temos que pedir serviço social, porque para fazer a referenciação para a rede tenho que pelo menos ter três relatórios: do médico, da enfermeira e da assistente social, tenho que ter estas três avaliações e qual o objetivo com o que é referenciadoSemanalmente faço uma reunião no serviço e discutimos os doentes que estão sinalizados para ver qual o melhor encaminhamento e a partir daí iniciamos a referenciação”</p> <p>P3 – “ Todos os nossos doentes de trauma são sinalizados, maioritariamente são todos referenciados por ECCL... ou seja o doente nas primeiras 24h é sempre sinalizado e referenciado....normalmente no decorrer do processo nós conseguimos ter sempre uma perceção um dia antes ou às vezes mais um bocadinho de quando o doente vai ter alta... ai avisamos a equipa de gestão de altas por causa das vagas de ECCL”</p> <p>P4 – “ Temos muitos doentes que são referenciados para a UCC, para as ECCL...”</p>	4	80

Identificação das necessidades do familiar cuidador

Da questão sobre como os profissionais identificam as necessidades dos familiares cuidadores, emergiram as seguintes categorias: Questionário (40%) e a Informação dos recursos existentes com as subcategorias Unidades de Saúde (60%) e Ajudas Técnicas (20%). O estudo realizado por Martins et al. (2014) sugere que os familiares cuidadores sejam também foco de atenção por parte dos profissionais de saúde, de forma a promoverem a potencialização das suas capacidades e competências, através de intervenções que promovam uma melhoria na sua vida e que influenciem positivamente a prestação de cuidados ao idoso. Assim, é fundamental serem identificadas as necessidades destes.

Tabela 18 - Identificação das necessidades do familiar cuidador

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	N	%
Identificação de necessidades	Questionário		<p>P4 – “Normalmente isso é feito logo na avaliação inicial, a nossa avaliação inicial tem mesmo um item de quem é o prestador de cuidados...o contacto, e nós aí fazemos a triagem social... Faço a abordagem à família...fico a conhecer a situação familiar, faço o diagnóstico social e identifico conjuntamente com eles o que é que vai ser necessário para que o doente possa regressar a casa em segurança...”</p> <p>P1 - “O que precisa, como é que andava, o grau de dependência do doente, o que é que vamos pedir, quais são os apoios que tem da comunidade...”</p>	2	40
	Informação dos recursos existentes	Ajudas técnicas	<p>P4 – “Nós temos um banco de ajudas técnicas...para empréstimo e tentamos sempre que o doente à data da alta clínica tenha o equipamento disponível no domicilio... camas articuladas, colchão anti escaras, andarilhos, tripés, cadeira de rodas, dois cadeirões...é material limitado em nível, em tipo e quantidade. Limitado face às necessidades que vamos tendo..”</p>	1	10

Continuação da Tabela 18 - Identificação das necessidades do familiar cuidador

Dimensão	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	N	%
Identificação de necessidades	Informação dos recursos existentes	Unidades de saúde	<p>P1 - “Portanto, damos logo as possibilidades que eles tem. Ou ir a casa fazer a reabilitação, a hipótese de ir para uma unidade de convalescença... depois aqueles doentes que já são muito dependentes para uma unidade média...ou que não há uma retaguarda social... e as famílias recusam levar os velhos...”</p> <p>P4 – “ Falo nas respostas que existem na comunidade e a família e o doente identificam se há necessidade de alguma resposta...”</p>	2	40

Avaliação da preparação familiar cuidador para cuidar da pessoa idosa

Na avaliação da preparação do FC para cuidar da pessoa idosa dependente, tabela 19, emergiu a categoria Agendamento (60%) e a categoria Ensinos (60%). É de salientar que nesta questão houve profissionais que referiram as duas categorias. Podemos verificar no discurso dos profissionais que quando questionados sobre a avaliação da preparação familiar cuidador para cuidar da pessoa idosa, estes referem os ensinos realizados, e nunca a avaliação dos mesmos. Podemos perceber então que a avaliação não é realizada. O estudo realizado por Moraes (2010), num hospital em Portugal, revela que as intervenções dos enfermeiros durante a preparação da alta, foram baseadas em ensinos de acolhimento ou no dia da alta.

No estudo de Stajduhar, Funk e Outcalt (2013), os familiares cuidadores aprenderam através do processo de tentativa e erro, na procura ativa de informação e orientação, aplicando conhecimentos e habilidades de experiências prévias e refletindo sobre as experiências correntes.

Tabela 19 - Avaliação da preparação do familiar cuidador para cuidar a pessoa idosa dependente.

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Como avaliam a preparação do FC para cuidar da pessoa idosa	Agendamento	<p>P1 – “ . o levante, o treino de marcha... eles estão sempre presentes e aproveitamos para fazer esses exercícios esses treinos logo, depois o colega generalista vai ensinar acerca da medicação, da enoxaparina... às vezes temos que combinar porque é difícil por causa dos trabalhos deles...”</p> <p>P4 – “...faco abordagem ao doente e família, fico a conhecer a situação da familiar, faco o diagnóstico social e identifico conjuntamente com eles o que vai ser necessário para que o doente possa regressar a casa em segurança..”</p>	2	60
	Ensinos	<p>P1- “... como se levanta, transferências, treino de marcha, exercícios que ela tem que estimular e sinais de alarme... drenagem postural, se tiver febre, calor, rubor... são esses ensinamentos que nós fazemos com ele aqui...”</p> <p>P3 - “... quando são doentes dependentes aí é diferente já fazemos ensinamentos ... quando há dificuldades até às vezes à tarde nos posicionamentos as próprias famílias estão aí ... aquelas que estão interessadas e querem ficar connosco e querem aprender...senão normalmente é triado pela assistente social. “</p>	2	60

Perceção em relação à alta da pessoa idosa para o domicílio

Em relação à perceção da alta da pessoa idosa para o domicílio, tabela 20, do discurso dos profissionais de saúde emergiram as categorias Apoio Familiar não Adequado (60%) e apoio Familiar Adequado (40%). Perante estes dados podemos verificar que os profissionais de saúde acreditam que um regresso precoce para o domicílio seria sempre o mais vantajoso para os idosos, no entanto, com as novas formas de família e o envelhecimento populacional, são cada vez mais pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas. Um estudo realizado por Orlandi et al., 2017, onde caracterizam os idosos que cuidam de idosos, apontam que em relação à fragilidade, 10% dos cuidadores eram frágeis, 50% pré-frágeis e 40% não frágeis. No que diz respeito aos critérios de fragilidade, 52,5% refere perda de peso, 62,5% inatividade física, 35% fadiga, 57,5% força de pressão palmar e 57,5% lentidão na marcha. Perante os resultados do estudo, os autores sugerem o planeamento de uma atenção individualizada respeitando o perfil dos cuidadores idosos, privilegiando tarefas relacionadas com a promoção de saúde, a prevenção de problemas como a depressão, demência e fragilidade.

Tabela 20 - Percepção em relação à alta precoce da pessoa dependente, para o domicílio

Dimensão	Categoria	Unidades de registo	N	%
Percepção dos profissionais de saúde	Apoio Familiar Adequado	<p>E1 – “Se tiver uma boa retaguarda familiar, se tiver apoio, porque muitos já têm, têm casa, cuidadoras mesmo contratadas, o mais depressa possível...”</p> <p>E2 – “Eu acho que se os doentes tiverem uma boa retaguarda familiar, um prestador de cuidados capaz e com vontade de ser prestador de cuidados...conseguindo... acho que o doente idoso pode ir para casa em segurança”</p>	2	40
	Apoio familiar não adequado	<p>P2 – “...o nosso problema, e agora sendo real, ao fim de 10 anos de trabalho nisto...é que infelizmente os nosso idosos vão para casa com outros idosos e portanto a segurança ..não posso dizer que seja 100% assegurada... efetivamente se temos um doente de 80 anos a tratar outro de 80... não pode ser fácil.... os filhos cada vez mais têm o seu emprego, obviamente que não os podem deixar...portanto a conjuntura nacional, do país que efetivamente não colabora com que o doente possa estar com esse apoio tao efetivo no domicílio...”</p> <p>P3 – “ ... se nos fossemos ver isto como deveria ser é óbvio que os doentes beneficiavam mais em ficar aqui... a nossa população é cada vez mais idosa e eles vão para casa dependentes, a maior parte deles...”</p> <p>P1–“ ...quando estão à espera da unidade de convalescença, quando está a chegar a altura, estão um mês no mínimo, normalmente é 3 a 4 semanas e quando está quase a vir a vaga, ou estão a fazer febre ou infeção respiratória, infeção urinária e não vão embora e depois tem que ficar mais 2 ou 3 meses...”</p>	3	60

1.7. O familiar cuidador e o profissional de saúde: perspetivas sobre a preparação da alta

Neste momento, consideramos pertinente realizarmos uma triangulação acerca das perspetivas dos FC e dos PS sobre a preparação da alta hospitalar da pessoa idosa, de modo a dar resposta a um dos nossos objetivos:

Identificar a diferença entre os conteúdos necessários e os transmitidos ao familiar cuidador na preparação da alta de pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur.

Segundo Lacerda et al. (2010) a equipa de saúde é responsável pela assistência prestada à família com o objetivo de ajudá-la, da melhor forma possível, no desempenho da sua tarefa de cuidar. A atividade principal é assistir o paciente e os seus familiares, para que estes possam alcançar a

independência e prestar os cuidados necessários de acordo com cada situação.

Ao longo da apresentação dos resultados verificamos que existe uma disparidade entre a informação que os profissionais de saúde, envolvidos na alta hospitalar da pessoa idosa, dizem ter transmitido aos FC e a que estes dizem ter recebido.

Recordamos que num primeiro momento, no momento da alta hospitalar, quando os FC foram questionados acerca da preparação que tinham tido por parte dos profissionais de saúde, a maioria (90%) referiu não ter recebido qualquer tipo de preparação, como se pode constatar pelo discurso de um dos FC: “Preparação? Preparação como? ...não. Ninguém me disse nada. Ninguém me deu nenhuma preparação...” (E4).

No segundo momento, um mês após a alta, apenas 20% dos FC, referiram que a preparação da alta não foi adequada, como podemos verificar no seguinte discurso: “...ninguém me preparou para nada disto...o meu marido está na cama, sempre muito queixoso, não o conseguimos levantar... ele não ajuda nada...ninguém me preparou para isto...” (E2).

De facto, durante o internamento da pessoa idosa, apenas 20% dos PS referiu realizar Ensinos sobre a mobilização do doente e dos sinais de alarme e 10% respondeu que Identifica as necessidades, como se pode constatar no discurso “...Identifico as necessidades do doente e da família ... no sentido de organizar as condições necessárias para receber o doente no domicílio” (P4). A maioria teve apenas a preocupação de realizar a articulação com as unidades funcionais do Centro de Saúde (USF e ECCI), como podemos constatar nos seguintes discursos: “Ativamos logo, em doentes de trauma, ativamos logo no primeiro dia, pelo menos a ECCI, para recuperação funcional e também por vezes com os enfermeiros de família para administração da enoxaparina...” (P1) e “... em alguns casos as ECCIS estão com uma demora de 1 mês...encaminhamos para fisioterapia de ambulatório ou então se acharmos que o doente beneficia mesmo de ECCI, eu faço a articulação com o enfermeiro de Família..”(P2)

Embora esta articulação tenha vindo a ser considerada importante pelo FC durante a entrevista realizada no domicílio, como verificamos num dos discursos: “Sim... o enfermeiro vem fazer a reabilitação todos os dias à minha mãe...” (E4), os FC apontam outras necessidades aquando do regresso

a casa, nomeadamente, a falta de tempo, a necessidade de alteração do espaço físico da residência e a sobrecarga financeira.

Num estudo recente realizado por Biehls et al. (2017), utilizando a taxonomia de necessidades de Bradshaw, que identifica as necessidades normativas (definidas pelos profissionais) e as necessidades sentidas (declaradas), apontam para o facto das necessidades normativas serem relacionadas com apoio instrumental (banho no leito, banho no chuveiro, vestir, troca de fralda e cuidado com a medicação), enquanto que as necessidades sentidas dizem respeito às dúvidas sobre o equipamento para facilitar o cuidado; necessidades de uma segunda pessoa para ajudar a cuidar do idoso e a disponibilidade de equipamentos para facilitar o cuidado.

Como já foi referido no enquadramento teórico, o familiar para exercer o seu papel de cuidador precisa de adquirir conhecimentos que lhe permitam identificar as necessidades da pessoa alvo dos cuidados; as estratégias a adotar para um exercício do papel seguro e de qualidade e estratégias para se proteger (Sequeira, 2010). Segundo este autor precisa ainda de observar o profissional de saúde a prestar cuidados e, posteriormente, realizar os procedimentos (primeiro com ajuda e depois de forma autónoma, com supervisão de um profissional de saúde). Finalmente, o FC necessita desenvolver habilidades pessoais para manter a sua capacidade física e mental; cuidar da sua aparência e de projetos/interesses pessoais e desenvolver a capacidade de comunicar com o idoso, (Sequeira,2010).

Como constatamos ao longo do trabalho, não existe no serviço um programa estruturado dirigido ao familiar, que o ajude a desenvolver as competências necessárias para desempenhar o papel de cuidador e, conseqüentemente, minimizar os impactos gerados por assumir esse papel. Outro aspeto relevante é a necessidade de avaliação da preparação dos familiares para assumirem o papel de cuidadores, pois com a pergunta “Como avaliam a preparação dos familiares cuidadores para cuidar da pessoa idosa?”, os profissionais de saúde referiram apenas os ensinamentos e as demonstrações realizadas e não a avaliação do processo de aprendizagem pelos familiares como podemos verificar no discurso: “...Normalmente é quando temos aqui o familiar ou combinamos... A doente vai ao banho, como é que se mobiliza na cama, como se levanta, transferências, treino de marcha, exercícios que ela tem que estimular e sinais de alarme...” (P1).

Conclusão

A fratura do fémur causada pela queda é identificada como um dos principais problemas que limitam e diminuem a capacidade do indivíduo idoso. Estudos demonstram que o idoso pode apresentar vários fatores de risco simultaneamente que lhes aumenta a probabilidade de sofrer quedas, em relação a outros grupos etários (Pereira, 2013). As fraturas decorrentes das quedas são frequentes em todo o mundo, tendo como resultado o internamento (Carvalho, 2017).

Assim, este estudo teve como objetivos: (i) Conhecer os critérios definidos para a alta hospitalar das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur; (ii) Identificar a perceção dos profissionais de saúde, envolvidos na alta das pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur sobre o momento desta; (iii) Identificar a diferença entre os conteúdos necessários e os transmitidos ao familiar cuidador na preparação da alta de pessoas idosas internadas após fratura da extremidade proximal do fémur e (iv) Identificar a perceção dos familiares cuidadores em relação ao momento da alta hospitalar da pessoa idosa internada após fratura da extremidade proximal do fémur.

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, descritivo, exploratório, longitudinal para os FC e transversal para os PS. Neste estudo participaram os FC de pessoas idosas após FEFP, internados no serviço de Ortopedia de um Hospital da Região do Grande Porto, tendo como critérios de inclusão aceitar participar no estudo; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser FC principal da pessoa idosa com alta para o domicílio. Participaram também os profissionais de saúde que exerciam a sua atividade profissional no serviço de ortopedia e eram responsáveis pela referenciação dos doentes e os elementos da equipa de gestão de altas do referido Hospital. Obteve-se um total de 10 FC e cinco PS. A técnica de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada e os dados foram tratados através da análise de conteúdo de acordo com a técnica definida por Bardin. Após o consentimento dos participantes, agendamos a data e o local das entrevistas. Como já foi referido, os PS foram abordados num só momento e os FC foram abordado

em dois momentos: primeiro momento, no hospital – no momento da alta e segundo momento, um mês depois da alta – no domicílio.

Dos resultados, importa salientar que a idade média dos doentes é de 79 anos, que a maioria é do sexo masculino (80%) e são casados (60%). Quanto ao estado de saúde antes da queda destaca-se a categoria Mobilidade reduzida (60%) e após a queda a categoria Sem mobilidade (50%) e Mobilidade com ajudas técnicas (50%). Do motivo da queda, emergiu a categoria domicílio (70%) com destaque para a subcategoria Instabilidade postural (50%).

O FC é na maioria do sexo feminino (90%), casado (90%) e com uma média de idade de 65 anos, tem o 4º ano de escolaridade (30%) e o 12º ano (30%) e são reformados (60%) e já coabitavam com a pessoa idosa (80%). Dos motivos que levaram a assumir o papel destaca-se a categoria Laços familiares (90%) e como principal reação quando souberam da alta emergiu a categoria Aceitação/contentamento (50%). Embora, a maioria dos FC tenha referido Ausência de informação na preparação para a alta (90%).

No segundo momento, foram identificadas as necessidades referidas pelos FC onde se destaca a categoria Alteração do espaço físico (60%). Foram também identificadas as dificuldades sentidas pelos mesmos, das quais salientamos a categoria Falta de tempo (100%). Importa também referir a categoria Sobrecarga física (30%) e a Alteração de papéis (20%). Quando questionados, novamente, sobre a adequação da preparação para a alta emergiu a categoria Reabilitação (50%), assim podemos perceber que os FC valorizaram a continuidade de cuidados de reabilitação. É de salientar também que os FC referem ter recebido informação acerca dos cuidados a ter no regresso ao domicílio, como podemos verificar com a emergência da categoria Informação (30%). Conclui-se daqui que a informação transmitida pelos PS, no primeiro momento, não foi percebida pelos FC como preparação para a alta.

No que diz respeito aos tipos de apoios utilizados, destaca-se a categoria Apoio formal (70%) com as subcategorias Centro de dia (40%) e Centro de saúde (30%). Importa também salientar o Apoio informal (30%) com a subcategoria Família (30%).

No que concerne aos PS, a maioria tem idade compreendida entre os 45-55 anos (60%), é casado (60%), tem licenciatura (60%), é enfermeiro (60%), tem 21 ou mais anos de serviço (60%) e 40% trabalha há menos de 10 anos no atual serviço.

Foi identificado o papel do profissional de saúde no processo da alta, onde importa destacar a categoria Articulação com o centro de saúde onde emergiram as subcategorias USF (60%) e ECCI (60%) como as principais unidades de articulação. Como critérios para a alta hospitalar, do discurso dos PS, destacam-se as categorias Clínicos (60%) e Sociais (40%). Foi possível apurar que no processo da alta, a categoria Sinalização/Referenciação foi a categoria que se destacou (80%), ou seja, apresentou-se como o principal foco de atenção dos PS.

Quanto à forma de identificação das necessidades dos FC, emergiu a categoria Questionário (40%), ou seja, os PS referiram que, na admissão dos doentes, faziam perguntas acerca do estado de saúde do idoso e das necessidades do FC. É de salientar ainda a categoria Informação dos recursos existentes com as subcategorias Apoios na comunidade (40%) e Ajudas técnicas (10%).

Face aos resultados deste estudo sugerimos que seja desenvolvido, implementado e avaliado um programa de altas pelos PS que inclua o doente e família. Assim, a existência de programas dirigidos aos FC é crucial para diminuir as suas dificuldades para cuidar de pessoas idosas após FEPE, melhorar o seu bem-estar e garantir a qualidade de cuidados para as pessoas idosas.

Este estudo apresentou algumas limitações, tais como, a inclusão apenas FC e PS de uma única instituição, pelo que os dados podem ter sido influenciados pelas circunstâncias da organização. Outra limitação refere-se à existência de poucos estudos acerca da perspetiva do PS e de critérios de alta hospitalar, que limitaram a discussão dos nossos resultados.

Os resultados deste estudo ajudaram-nos a compreender as necessidades dos FC e a necessidade de um planeamento de alta estruturado, com intuito de uma preparação mais eficaz do FC para o desempenho do seu papel, garantir a continuidade dos cuidados à pessoa idosa e, simultaneamente, melhorar a qualidade de vida do FC.

BIBLIOGRAFIA

AMBROSE, A., PAUL, G. e HAUSDORFF, J. Risk factors for falls among older adults: *A review of the literature. Maturita* [Em linha]. 2013, vol.73, nº 1, pp. 51-61. [Consult. 21 abril 2017]. Disponível em: <[http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(13\)00054-6/fulltext](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(13)00054-6/fulltext)>.

ABDALA, R. et al. Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [Em Linha]. 2017, vol. 23, nº1, pp.26-30 [Consult. 10 Dezembro 2016]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922017000100026&script=sci_abstract&tlng=pt>. ISSN 1806-9940

ABREU, Wilson C. – *Transições e contextos Multiculturais*. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011. pp 25. ISBN 978-989-8269-13-3

BAIA, Patrícia. Doente com AVC: Dificuldades da família. Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2010

BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. ISBN: 972-44-0898-1.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009. ISBN: 972-44-0898-1.

BIOLO, H. F. e PORTELLA, M. R. Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia de saúde da família na cidade de Passo Fundo. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento* [em linha]. 2010, vol. 15, nº 2, pp. 177-195. [Consult. 30 março 2017]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/10109/11477>>

BOTELHO, M. A. Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade, comorbilidade de doenças crónicas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [em linha]. 2007, nº23, pp.191-195. [Consult. 17 Abril 2017] Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/11126-11038-1-PB.pdf>>

BIERHALS, C.C.B.K. et al. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. *Revista Latino –Americana Enfermagem*. [Em linha]

2017, vol. 25 nº 2870, pp. 1-8. [Consult. 5 Junho 2017]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2870.pdf

BULL, M. e ROBERTS, J. Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* [em linha]. 2001, vol. 35, nº4, pp. 571-581. [Consult. 10 Novembro 2016]. Disponível em: [www<www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529957>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529957).

CABRAL, K. N. et al. Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in community-dwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics* [em linha]. 2013, vol. 13, nº27, pp. 15. [Consult. 15 Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-27>.

CASTRO, P. M. M. A. et al. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [em linha]. 2015, vol. 18, nº 1, pp. 129-140. [Consult. 23 Dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00129.pdf>.
ISSN 1809-9823.

CHAVES, Luciano José – *Perfil do Cuidador Domiciliário do idoso* [em linha]. Artigo realizado nas unidades Básicas de Saúde de Vila Floresta pertencente ao grupo Hospitalar de Conceição Porto Alegre. Brasil, 2010. [consult. 3 Janeiro 2017]. Disponível em: [UEL::portal do envelhecimento.org.br/.../perfil-do-cuidador-domiciliar-de-idosos.html](http://portal.doenvelhecimento.org.br/.../perfil-do-cuidador-domiciliar-de-idosos.html).

CLOSS, J. e TIERNEY, A. The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* [em linha]. 1993, Vol. 18, nº8, pp. 1279-1287. [Consul. 2 Abril 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1993.18081279.x/full>.

CRUZ, D. C. M. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referencia* [em linha]. 2010, vol. 3, nº 2, pp. 127-136. [Consult. 7 Janeiro 2017] Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087402832010000400014&script=sci_arttext&tlng=en.

CARVALHO, C.J.A e BOCCH, S.C.M. Idoso reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. 2017, vol. 70, nº2, pp. 279-286. [Consult. 26 Junho 2017] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200279&script=sci_arttext&tlng=pt

DEL DUCA, G. F., ANTES, D. L. e HALLAL, P. C. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *A Revista Brasileira de Epidemiologia*. [em linha]. 2013, vol. 16 nº 1, p. 68-76. [Consult.

em 15 dezembro 2016].Disponível em:
http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18054/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MER_16_FINAL_1.pdf>.

DESURE, A.R. et al. An Exercise Program to Prevent Falls in Institutionalized Elderly with Cognitive Deficits: A Crossover Pilot Study. *Hawaii Journal of Medicine and Public Health*. [Em linha] . 2013Vol. 72 ,nº11, p. 391-395. [Consult. em 10 Jan 2017]. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831567/>>

DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. D. R. I Série – A Nº 109, 3856-3865. [Consult. 15 Fevereiro 2017]. Disponível em:<
<https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69750594/201704030344/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=indice>>

DECRETO-LEI nº 106/2009 de 14 de Setembro. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. D.R. I Série. 178, 6254-6255 [Em linha]. [Consult. 20 Jan 2017]. Disponível em:<
<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf> >.

Despacho nº 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Diário da República, 2ª série. 2015 FEVEREIRO10 (28):3882(2-10).

Diário da República, 1ª Série – Nº 178 – 14 de setembro de 2009 – Lei nº106/2009 de 14 de setembro – Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.

DUCKHAM, R. Sex differences in circumstances and consequences of outdoor and indoor falls in older adults in the MOBILIZE Boston cohort study. *BMC Geriatrics*. [Em linha]. 2013, vol.13 pp.133. [Consult.20Fev.2017]. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-133>>.

DUTTON, Mark. Fisioterapia ortopédica: exame, avaliação e intervenção. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.ISBN: 9788536322711

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). Planeamento da Alta do doente com AVC. Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.

ESCOVAL, A. Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde hospitalares. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. [Consul. 24 Janeiro 2017]. Disponível em:<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSH_EN.pdf>.

FERNANDES, C. S. e ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. Revista da Escola Enfermagem. [Em

linha]. 2016, Vol. 50 nº 4, pp.672- 678. [Consult. 29 Mar. 2017]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400675>.

FERREIRA, Z. Perceção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada. Dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento na faculdade de ciências médicas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.2011 pp. 36-40.

FFMS- Retrato de Portugal: indicadores 2011 [Em linha]. Paris : PORDATA, 2013,pp.72 [Consult. 17 feb. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pordata.pt/ebooks/PT2011v201306111700/RETRATODEPORTUGAL2011.pdf>>. ISBN 978-989-8662-23-1.

FHON, J.R.S. et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade.. Revista de Saúde Pública.[Em linha]. 2013, Vol. 47 nº2, pp. 266-273. [Consul. 3 Fev.2017]. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.

FIGUEIREDO, Daniela -*Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN: 9789727962761

FINK, H. A; KUSKOWSKI, M. A e MARSHALL, I. M. Association of stressful life events with incident falls and fractures in older men: the Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study. *Osteoporosis international* [Em linha]. 2013, vol.43, nº1,pp.103-108. [Consul. Em 9 Mar 2017]. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/aft117>>.

FONSECA, A. M. - Aspetos psicológicos do envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, *O Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 2012. ISBN: 9789727577996

FONSECA, C. Fratura da extremidade proximal do fémur: abordagem peri-operatória do doente medicado com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários - Baseado nas recomendações da sociedade portuguesa de anesthesiologia de 2014, com apoio da associação portuguesa de imunohemoterapia e da sociedade portuguesa de ortopedia e traumatologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anesthesiologia*. [Em linha]. 2015, Vol. 24, nº4,pp.105-114. [Consult. 18 Junho 2017]. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/anesthesiologia/article/viewFile/7153/5496>>.

FORTIN, Marie - O processo de investigação da concepção à realização. trad. de Nídia Salgueiro. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 978-972-8383-10-7

FORTIN, Marie – Fabienne. *Fndamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta, 2009, pp. 108-109. ISBN 978-989-8075-18-5.

GALLARDO, M. et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and metaanalysis. *BMC Health Services Research*. [Em linha]. 2013 Vol. 13, nº122. [Consul. 23 Abril 2017]. Disponível em:<

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-122>>.

GARRET, C. Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In: A. Caldas e Mendonça (Orgs.) A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.2005.

GASPAROTTO, L. P. R. FALSARELLA, G. R. e COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde, artigo de atualização. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. *Revista Brasileira Geriátrica Gerontologia*. Rio de Janeiro.[Em linha]. 2014, vol.17 nº1, pp.201-209. [Consult. 15 Abril 2017]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>>.

GERARD, Joe - Investigation Tips: Setting Objectives, 2011. [Consult. 5 Mar. 2017]. Disponível em:< <http://i-sight.com/investigation/investigation-tips-settingobjectives/>>.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999,p. 202. [Consult. 17 Fev. 2017]. Disponível em:: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. ISBN: 8522422702.

GSCHWIND, Y . et al. A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Geriatrics*. [Em linha]. 2013, vol. 13, 2013.[Consult.23 Fev. 2017]. Disponível em: <<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-105>>.

GUERRA, M. T. E. Mortalidade em um ano de pacientes idosos com fratura do quadril tratados cirurgicamente num hospital do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de ortopedia*. [Em linha]. 2017, vol.52, nº1, pp.17–23. [Consult. 12 Maio. 2017]. Disponível em :<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010236161630056X>>.

HARPER, Sara - “Inovação e longevidade: os desafios colocados aos sistemas de saúde,” em VIII Conferência da Indústria Farmacêutica, Lisboa, 2012.

HOLLAND, D. e HERMANN, M. Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. [Em linha]. 2011, Vol.37 nº1 , pp. 29-36. [Consult. 27 Dezembro 2016].Disponível em:

<<http://www.judlthluGhQeo2oGACQ&usg=AFQjCN>

E2762gV4b9ISMdxr6WVdRI3GrIw&sig2=aOnSQQLbK7v35JcYXeifhQ&bvm=bv.42661473,d.ZG>.

HUANG,H. et al. Family *caregivers* role implementation at different stages of dementia. *Clinical interventions in aging*. [Em linha]. 2015,vol.10,pp.135-146. [Consult. em 17 Janeiro 2017]. Disponível em:<file:///C:/Users/user/Downloads/CIA-60574-role-implementation-of-family-caregivers-at-different-stages_010515.pdf>.

IMAGINÁRIO, Cristina – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2004, p.242 ISBN 972-8485-38-7;

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Estatísticas Demográficas 2013. Lisboa: INE , 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. Estatística Demográfica 2015. Lisboa: INE, 2016

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011;

JEFFREY, J S. et al. Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *American Journal of Surgery* . [Em linha]. 2012 , vol. 203, nº3,pp. 335-338. [Consult. 16 Fevereiro 2017]. Disponível em: <[http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(11\)00743-4/fulltext](http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(11)00743-4/fulltext)>.

JUNIOR, A. F. B e JUNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidencia,Araxá*. [Em linha].2011, vol.7,nº7,pp.237-250. [Consult. 25 Janeiro 2017]. Disponível em:<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/200>>.

JÚNIOR, N.F.P. e SANTO,S.M.A. Epidemiologia do evento queda em idoso:traçado histórico entre os anos de 2003 e 2012. *Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte [Em linha]. 2015, vol.19, nº4, pp.994-1004. [Consult. 21 Abril 2017]. Disponível em:<<http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v19n4/v19n4a15.pdf>>. ISSN 1415-2762

KARUKA, A., SILVA, J. e NAVEGA, M. Analysis of agreement of assessment tools of body balance in the elderly. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. [Em linha]. 2011, vol. 15, nº6, pp. 460-466. [Consult. 5 Março 2017]. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n6/en_v15n6a06.pdf>.

KAWASAKI, K. e DIOGO, M. J. D. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clinico. *Revista Acta de Fisioterapia*. São Paulo [em linha]. 2005, vol. 12, Nº2, pp.55-60. [Consult. 14 Março 2017]. Disponível em:< http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=232>.

KEINPELLI, R. M., FLETCHER, K. e JENNINGS, B. M. Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. [Em linha]. 2008, vol.11,nº8, pp.259-270. [Consult. 6

Janeiro 2017]. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2629/>>.

KELSEY, J. et al. Heterogeneity of Falls Among Older Adults: Implications for Public Health Prevention. *American Journal Public Health*. [Em linha]. 2012, vol. 102 nº11, pp. 2149-2156. [Consult. 8 Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3469772/>.

LANG, P. et al. Loss of Independence in Kartz's ADL ability in connection with na acute hospitalization.early clinical markers in French older people. *European Journal of Epidemiology*. [Em linha]. 2007, vol.22, nº22, pp.621-30. [Consult. 23 Março 2017] disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17653605&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

LINCOLN, I. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Trad. Carmen de la Cuesta Benjumea. *Investigación y Educación en Enfermería* [Em linha]. 1997, vol.15,nº2, pp.57-69. [Consult.17 Outubro 2016]. Disponível em [WWWhttps://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16944/14675](http://www.aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16944/14675)

LIU M. et al. A meta-analysis of the Gamma nail and dynamic hip screw in treating peritrochanteric fractures. *International Orthopaedics*. [Em linha]. 2010, vol.34 nº3, pp.323-328.

LOPES, C. et al. Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Integração da família nos cuidados à pessoa internada - Um novo paradigma. Hospital Garcia de Orta, EPE. Serviço de Medicina III/Infeciologia. *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Almada, 2015*. [Consult. 6 Março 2017]. Disponível em [WWWhttp://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_IntegracaoFamiliaCuidadosPessoaInternada.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_IntegracaoFamiliaCuidadosPessoaInternada.pdf)>.

LOURO, M. C. Cuidados continuados no domicílio. *Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem* submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009, pp.197-230 [Consult. em 19 Fevereiro, 2017]. Disponível em :< <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>> .

LACERDA, M. R. e OLINISKI, S.R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do individuo e da família – na perspetiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 2010, vol.15, nº5 pp.2621-2626. [Consult. 10 Junho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>

MAIA, B. C. et al. Consequências das Quedas em idosos vivendo na Comunidade. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia* [Em linha]. 2011, vol. 14, nº2, pp. 381-393. [Consult. 4 Março 2017]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a17> >

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis. [Em linha]. 2007, vol.16, n.2, pp.254-262,2007. [Consult.12 Março 2017]. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2>>

MARTINS, Manuela. *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002.ISBN: 9789728485306

MARTINS, M. M. et al. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. 2012, vol.65,nº4, pp.685-690. [Consult. 10 Maio 2017] Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020>

MARTINS, R. e MESQUITA, M. F. P. Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Milleniu* [Em linha]. 2016, Vol. 50, pp. 239-252. [Consult. 9 Março 2017]. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenum/Millenum50/14.pdf>>.

MELEIS, A. I. Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice. *Springer Publishing Company*. 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6

MELEIS, A. I. e TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: Redefinitions of the nursing mission. *Nurse Outlook* [Em linha]. 1994, vol. 42,nº 6, pp.255-259. [Consult. 5 Novembro 2016]. Disponível em: < [http://www.nursingoutlook.org/article/0029-6554\(94\)90045-0/pdf](http://www.nursingoutlook.org/article/0029-6554(94)90045-0/pdf)>.

Meleis, A. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. [Em linha]. 2000, vol. 23 nº1 ,pp. 12-28. [Consult. 28 Novembro 2016]. Disponível em:<http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx>

MEREDITH, W. e Fulmer, T. Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool For Older Adults. *American Journal of Nursing* [Em linha]. 2007, Vol.107, nº10, pp.40-48. [Consult. 25 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://consultgerin.org/uploads/File/trythis/try_this_1.pdf>.

MIKOLAIZAK, A S. et al. Intervention to prevent further falls in older people who call an ambulance as a result of a fall: a protocol for the iPREFER randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* [Em linha]. 2013, Vol. 13, pp. 1-8. [Consult.6 Novembro 2016]. Disponível em: < <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-360>>

Ministério da Saúde - Fraturas da extremidade proximal do fêmur no idoso – recomendações para a intervenção terapêutica. Lisboa: DGS, 2003.

MOREIRA, M. D. e CALDAS, C. P. A. Importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro [Em linha]. 2007, vol.11, nº 3, pp.520-525 [Consult. 24 Fevereiro 2017]. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>>.

MUIR, J. W. et al. Dynamic Parameters of Balance Which Correlate to Elderly Persons with a History of Falls. *PLoS ONE* [Em linha]. 2013, Vol. 8, nº8, pp. 1- 8. [Consult. 3 Fev. 2017]. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070566>>

MORAIS, J. P. L. *Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar*. Universidade Católica Portuguesa. Instituto Ciências da Saúde. Porto. 2010, pp.89-101.

MELO, R. M. C. et al. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. 2014, série IV, nº 2, pp. 143-151. [Consult. 22 Maio 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>

MARTINS, C. S. G., CORTE, A. E. M. e MARQUES, E. M. B. G. As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *Revista de Psicologia*. [Em linha]. 2014, vol. 1, nº 2, pp.177-184. [Consult. 16 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_177.pdf>

NARDI, E. F. R. - Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2012, pp.43 Tese de doutoramento

OLIVEIRA, B. C., GARANHANI, M. L. e GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo [Em linha]. 2011, vol. 24, nº 1, pp.43-49. [Consult. 22 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100006>

OLIVEIRA, D. C. e D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. [Em linha]. 2012, vol.65, nº5, pp.829-838. [Consult. 2 Abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500017>

OLIVEIRA, A. S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira geriátrica gerontologia*. Rio de Janeiro [Em linha]. 2014, vol. 17, nº 3, pp637-645. [Consult. em 7 Maio 2017]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00637.pdf>>

ORLANDI, A.A.S., et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos e contexto de alta vulnerabilidade social. *Escola Anna Nery*. [Em linha]. 2017, vol.21, nº1, pp.1-8. [Consult. 26 de Junho 2017]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100213&script=sci_abstract&tlng=pt>.

Organização Mundial de Saúde. Resumo- *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde* [Em linha]. 2015, pp.7-22. [Consult. 17 Março 2017]. Disponível em: < <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> .

PAULA, A. K. C. FERNANDES, F. B. e SOUZA, I. F. Fatores associados às alterações do equilíbrio no idoso e a intervenção da terapia ocupacional. *Revista Científica da Escola da Saúde* [Em linha]. 2014, vol.3, nº2, pp. 107-116. [Consult. 7 Janeiro 2017]. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/601/522> >

PEDERSON, S. J. et al. A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*. [Em linha]. 2008, Vol.56, nº10, pp.1831–1838. [Consult.28 Março 2017]. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2008.01945.x/abstract>>

PEREIRA, H. Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa, 2011, p. 145-159

PEREIRA, I. e SILVA, A. Ser Cuidador Familiar: A Perceção do exercício do Papel. *Revista Pensar Enfermagem*. [Em linha]. 2012, Vol.16 nº1, pp. 42-54. [Consult.4 Fevereiro 2017]. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/-les/2012_16_1_42-54.pdf>.

Petronilho, Fernando. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.ISBN:9789728485917

POLIT, D. F. BECK, C. T. e HUNGLER, B. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização. Porto Alegre: Artmed.2004, pp.82. ISBN 8573079843.

POZZI, I. et al. *Manual de trauma ortopédico/ SBOT- Sociedade brasileira de ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e

Traumatologia. [Em linha]. 2011. [Consult. 22 Abril 2017]. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/80161062/Manual-de-Trauma-Ortopedico>>.

PINHO, T.A.M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [Em linha]. 2012, vo. 42, nº 2, pp.320-327. [Consult. 13 Junho 2017]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40951/44464>

PETRONILHO, F. A. S. A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador – 2013, pp.111-125. [Consult. 16 Março 2017]. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/ulsd067227_td_Fernando_Petronilho%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/ulsd067227_td_Fernando_Petronilho%20(2).pdf)

Perlick, D. A. et al. Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. [Em linha]. 2008, vol.196, nº 6, pp.484-491. [Consult em 25 Março 2017]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006696/>>

RAMOS, S. *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Lisboa [Em linha]. 2015, p. 36 - 56. [Consult. 23 Fevereiro 2017]. Disponível em:<<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6631/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Ramos%2024-06-2015.pdf?sequence=>>>

RIBEIRO, E. A. A perspetiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG* [Em linha]. 2008, vol.4 nº 5, pp.129-148. [Consult. 15 Novembro 2016]. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328/310>>.

ROBINOVITCH, S. N. et al. Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *The Lancet*. [Em linha]. 2013, vol. 381, nº 9860, pp. 47-54. [Consult. 10 Março 2017]. Disponível em:< [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61263-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61263-X)showArticle Info>.

ROSA, M. J. V. *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. 2012. ISBN: 9789898424471

RAMOS, C. *Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da beira interior*. Universidade da Beira Interior – Ciências da saúde. Covilhã. 2012, pp. 49-53.

SANTOS, A. A. e PAVARINI, S. C. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.

Revista Electrónica Enfermagem. [Em linha]. 2011, vol.13, nº2, pp. 361-367. [Consult. 7 Maio 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000500015&script=sci_abstract&tlng=pt>

SARAIVA, D. et al. Quedas: Indicador de qualidade assistencial. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. [Em linha]. 2008, vol. 18, nº235, pp.28-35. [Consult. Em 5 Maio 2017]. Disponível em:

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 978-989-558-092-7

SEQUEIRA, C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. [Em linha]. 2010, vol. 2, nº 12, p.9-16. [Consut. 16 Fevereiro 2017]. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>>.

SILVA, A. P. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*. 2007, vol. 55, nº1-2, pp. 11-20. ISSN 0871-2379.

SILVA, A. L. et al. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, Stockolm. [Em linha]. 2013, vol. 27, nº.4, pp. 792-803. [Consult. 6 Maio 2017]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12019/abstract>.DOI: 10.1111/scs.12019>.

Softic A. et al. The Influence of the Use of Benzodiazepines in the Frequency Falls in the Elderly. *Medical archives* [Em linha]. 2013, Vol. 67, nº4, pp. 256-259. [Consult. 23 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://www.academia.edu/13716149/The_Influence_of_the_Use_of_Benzodiazepines_in_the_Frequency_Falls_in_the_Elderly>

STAJDUHAR, K., FUNK, L. e OUTCALT, L. Family caregiver learning: How family caregivers learn to provide care at the end of life: A qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliative Medicine*. [Em linha]. 2013, vol. 27, nº7, pp. 657-664 [Consult. 13 Junho 2017]. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/what-family-caregivers-learn-when-providing-care-at-the-end-of-life-a-qualitative-secondary-analysis-of-multiple-datasets/FE88BF70EE84ED120931F93BC2956936#fndtn-information>>.

STIRLING, C. et al. Measuring dementia carer's unmet need for services: a exploratory mixed method study. *BMC health Services Research*. London [Em linha]. 2010, vol.10, nº 122, pp.20 [Consult. 3 Março 2017]. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-122>>

SMITH, A. A. Et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha]. 2017, vol.25, nºe2754, pp.1-9 [Consult. 17 Junho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf>

SCOTT, I. Preventing the Rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*. [Em linha]. 2010, vol.34, nº4, pp.445-451. [Consult. 15 Junho 2017]. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH09777>.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. [Consult. 3 Dezembro 2017]. Disponível em:<http://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf>. ISBN:85-224-0273-6

TEIXEIRA, M. I. Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos idosos. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa [Em linha]. 2012, pp. 31-56 [Consult. 15 Junho 2017]. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9087/1/Teixeira%2C%20Maria%20In%C3%AAs%20TM%202012.pdf>> .

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista Saúde Pública* [Em linha]. 2005, vol. 39, nº3, pp. 507-514 [Consult. 15 Outubro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_abstract&tlng=pt>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - Manual de Planeamento e Gestão de Altas. [Em linha] Lisboa, 2008 [Consult. 24 Fev 2017]. Disponível em WWW: <<http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidados-continuados/RNCCI%20Manual%20de%20planeamento%20e%20gest%C3%83%C2%A3o%20de%20altas%282%29.pdf>>.Internet:<http://www.umcci.minsaud e.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf> .

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua [Em linha]. 2011. [Consult. Em 12 Janeiro 2017]. Disponível em:<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.>

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. – Manual de Planeamento e Gestão de Altas. Lisboa: Ministério da Saúde, Data Desconhecida. [Consult. 18 Março 2017]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf>.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing*. [Em linha]. 2015 [Consult. 25 Janeiro 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf>.

VIDAL, E. I. O. Aspectos epidemiológicos da fratura do fêmur proximal em idosos.[Em Linha]. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas. [Consult. 9 Junho 2017]. Disponível em WWW<http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/308817/1/Vidal%2c%20Edison%20Iglesias%20de%20Oliveira_D.pdf>.

VIEIRA, C. P. B. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília [Em linha]. 2011, vol. 64, nº3, pp.570-579 [Consult. 16 Março 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023>.

VAZ-FREIXO, M. J. Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas. Instituto Piaget. 2011.

WALTHER, I. et al. *Falls and Dizziness in the Elderly*. *Otolaryngol Pol*. [Em linha]. 2010, vol. 64, nº6, pp.354-357. [Consult. 3 Abril 2017]. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0030665710705862?via%3Dihub>>.

WONG, E. L. et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research* [Em linha]. 2011, Vol.11, nº242 [Consult. 27 Dezembro 2016]. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/242>>.

World Health Organization Falls. Fact sheet, nº 344, 2010. [consult. 03 Fevereiro 2017]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>.

XUE, Y - Patient: Discharge from hospital. The Joanna Briggs Institute. July 2013.

ZIMERMAN, G. I. (2007). Velhice: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 8536311606

ANEXOS

Anexo I – Guião entrevista Profissional de saúde

Anexo II – Guião entrevista Familiar Cuidador

Anexo III – Consentimento informado

Anexo IV- Autorização Conselho de Administração

Anexo V – Cronograma de atividades

Anexo VI- parecer comissão de ética

Anexo VII – Requerimento ao Conselho de Administração