

**A Preparação do Familiar Cuidador para a Alta da
Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do
Fémur: Perceção dos Enfermeiros do Serviço de
Ortopedia**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Rita Capela Oliveira

Porto, 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A PREPARAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR PARA A ALTA DA PESSOA IDOSA COM
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA

THE PREPARATION OF THE FAMILY CAREGIVER FOR THE DISCHARGE OF THE ELDERLY WITH
HIP FRACTURE: PERCEPTION OF THE ORTHOPEDICS SERVICE NURSES

Dissertação orientada pela Professora Doutora Margarida Abreu e coorientada pela
Professora Doutora Laura Reis

Ana Rita Capela Oliveira

Porto, 2019

“A nossa recompensa está no esforço, não no resultado. Um esforço total é uma vitória completa.”

Gandhi

AGRADECIMENTOS

À Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em particular à senhora enfermeira chefe Fátima Campos e a todos os enfermeiros do local de colheita de dados, pelo incentivo e disponibilidade prestada para a realização das entrevistas.

À Professora Doutora Margarida Abreu, minha orientadora, por ter sido incansável ao longo de todo este percurso.

À Professora Doutora Laura Reis, minha coorientadora, pelo apoio e pela partilha de conhecimentos, no desenrolar de todo o trabalho.

Ao Daniel, que foi o pilar fundamental na concretização desta meta académica.

Por fim, mas não menos importantes, um agradecimento especial à minha família e amigos que, ao longo destes anos, contribuíram para a minha formação a nível pessoal e profissional.

ABREVIATURAS E SIGLAS

cit. por – citado por

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

et al. – e outros

FEPP - Fratura da Extremidade Proximal do Fémur

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO - World Health Organization

RESUMO

O aumento do número de pessoas idosas tem sido significativo em Portugal, facto que contribui diretamente para a ocorrência de quedas. Uma das consequências possíveis destas é a fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF). Este tipo de fraturas exigem um período de hospitalização com uma intervenção cirúrgica e a maioria dos clientes com FEPF, quando tem alta hospitalar, evidencia dependência nas diversas áreas do autocuidado, necessitando de um cuidador. Dada a importância deste, torna-se crucial identificar, intervir e incluí-lo no ciclo de cuidar. Assim, este trabalho tem como objetivos conhecer a forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPF; analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar; identificar o processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador e conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de ortopedia sobre a elaboração de um programa de preparação da alta dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPF.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada como técnica de colheita de dados a 21 enfermeiros de um serviço de Ortopedia de um hospital do distrito do Porto. Os dados recolhidos foram tratados com recurso à análise de conteúdo de Bardin.

Os resultados mostraram que na identificação do familiar cuidador do idoso com FEPF as categorias mais prevalentes foram “Cliente” (62%) e “Primeira visita” (57%) de um familiar. Quanto à avaliação do potencial do familiar cuidador, observamos que os profissionais atribuem importância a essa avaliação, contudo as categorias com maior destaque são a “Informal” (38%) e a “Inexistente” (33%). No domínio da preparação do familiar cuidador no serviço em estudo, emergiu a categoria “Ensino”, com as subcategorias “Solicitação do familiar cuidador” (43%) e “Iniciativa dos enfermeiros” (29%). Após conhecermos a realidade destes profissionais, questionamos os mesmos, sobre a sua perceção acerca da existência de um programa de preparação da alta dirigido aos familiares cuidadores do idoso com FEPF, e verificamos que a maioria se incluía na categoria “A favor” (81%).

Os dados obtidos justificam a necessidade da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois este profissional possui competências acrescidas e conhecimentos diferenciados que devem ser utilizados no apoio à pessoa idosa com FEPF e, conseqüentemente, no apoio do familiar cuidador deste tipo de clientes.

Palavras-Chave: Fratura proximal do fémur; Idoso; Familiar cuidador; Preparação da alta; Enfermeiros

ABSTRACT

The increase in the number of elderly people has been significant in Portugal, a fact that directly contributes to the occurrence of falls. A possible consequence of this, is the hip fracture. This type of fracture requires a period of hospitalization with surgical intervention and most clients with hip fracture when discharged show dependence in the different areas of self-care, requiring a caregiver. Given its importance, it is crucial to identify, intervene and include it in the care cycle. Thus, this study aims to know how nurses identify the family caregivers of elderly with hip fracture; analyze the perceptions of nurses about the evaluation of the family caregiver's potential for the role they will play; identify the process of preparation for discharge directed to the family caregiver and to know the opinion of the orthopedics service nurses about the elaboration of a discharge preparation program for family caregivers of elderly with hip fracture.

A descriptive and exploratory qualitative study was conducted using semi-structured interviews as a data collection technique from 21 nurses from an Orthopedics ward of a hospital in Oporto's district. The data collected were processed using Bardin content analysis.

The results showed that in identifying the family caregiver of the elderly with hip fracture the most prevalent categories were "Client" (62%) and "First Visit" (57%) of a family member. Regarding the evaluation of the potential of the family caregiver, we observed that professionals acknowledge the importance of this evaluation, however the most prominent categories are "Informal" (38%) and "None" (33%).

In the area of preparation of the family caregiver in the study service, the category "Education" emerged, with subcategories "Request of the family caregiver" (43%) and "Nurses Initiative" (29%). After knowing the reality of these professionals, we questioned them about their perception of the existence of a discharge preparation program aimed at family caregivers of the elderly with hip fracture, and verified that most of them were in the "In favor" category (81%).

The data obtained justify the need for intervention of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, because this professional has increased skills and differentiated knowledge that should be used to support the elderly with hip fracture and, consequently, in the support of the family caregiver of this type of clients.

Keywords: Hip fracture; Elderly; Family caregiver; Discharge Preparation; Nurses

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1. A PESSOA IDOSA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR.....	23
1.1. A pessoa idosa: conceitos e características.....	23
1.2. As quedas em idosos.....	26
1.3. As fraturas da extremidade proximal do fémur: o internamento hospitalar	28
2. PREPARAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR PARA A ALTA HOSPITALAR	33
2.1. A alta hospitalar e o regresso a casa	33
2.2. Ser familiar cuidador: transição para o exercício do papel.....	35
2.3. Preparação do familiar cuidador.....	39
2.4. Continuidade dos cuidados de enfermagem	42
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
3.1. Tipo de estudo.....	47
3.2. Contexto e participantes.....	48
3.3. Técnica de recolha de dados	49
3.4. Tratamento e análise de dados.....	50
3.5. Considerações éticas	51
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
4.1. Caracterização dos participantes.....	54
4.2. Processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador.....	56
4.2.1. Avaliação do cliente com FEPF	56
4.2.2. Identificação do familiar cuidador.....	61
4.2.3. Avaliação do potencial do familiar cuidador.....	62
4.2.4. Envolvimento do familiar cuidador	64
4.2.5. Programa de intervenção	65
CONCLUSÃO.....	79
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	91
ANEXO I – Guião de Entrevista	
ANEXO II – Consentimento Informado	
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética	
ANEXO IV – Autorização do Conselho de Administração	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Tipos de Fraturas	29
FIGURA 2: Tipologias da RNCCI	43
FIGURA 3: Processo de preparação da alta	53

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos participantes	55
QUADRO 2: Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade dos Idosos	57
QUADRO 3: Critérios para a alta hospitalar	58
QUADRO 4: Encaminhamento após a alta	60
QUADRO 5: Identificação do familiar cuidador	61
QUADRO 6: Avaliação do potencial do familiar cuidador	63
QUADRO 7: Envolvimento do familiar cuidador	65
QUADRO 8: Percepção sobre o programa	66
QUADRO 9: Conteúdos do programa	69
QUADRO 10: Intervenientes do programa	72
QUADRO 11: Início do programa	73
QUADRO 12: Frequência do programa	74
QUADRO 13: Avaliação do programa	76

INTRODUÇÃO

As FEFP constituem um problema grave de saúde pública, estimando-se que anualmente existam mais de 2,32 milhões de casos em todo o mundo com tendência para aumentar, dado o envelhecimento da população (Odén, McCloskey, Johansson & Kanis, 2013). Estas fraturas exigem um período de hospitalização com uma intervenção cirúrgica e podem conduzir a incapacidade, morbilidade e mortalidade significativas (Haleem, Lutchman, Mayahi, Grice & Parker, 2008; Neuman, Archan, Karlawish, Schwartz & Fleisher, 2009).

A maioria dos clientes com FEFP quando tem alta hospitalar evidencia dependência nas diversas áreas do autocuidado, necessitando de um cuidador. Dada a importância deste, torna-se crucial identificar, intervir e incluí-lo no ciclo de cuidar. Segundo Rocha, Avila e Bocchi (2016) os cuidadores ao serem inseridos no planeamento dos cuidados de enfermagem influenciam de forma positiva a independência funcional dos idosos com FEFP no período pós-operatório.

Atualmente, com o desenvolvimento da profissão de enfermagem, a família, cada vez mais, tem sido reconhecida como um elemento chave na prestação de cuidados e um recurso importante no tratamento de idosos. Diversos estudos apontam que os enfermeiros reconhecem a importância dos cuidados dirigidos aos familiares, aproveitando o potencial que eles apresentam, mas isso, nem sempre, é representado na prática clínica (Oliveira et al., 2011).

Deste modo, a transição para o papel de cuidador compreende momentos de preocupação, incerteza, medo e práticas baseadas em tentativa erro (Schumacher, 1996). Os familiares cuidadores sentem necessidade de receberem informação da equipa de enfermagem sobre o cliente com FEFP durante o seu internamento. No entanto, a falta de tempo dos enfermeiros, as regras de privacidade dos clientes e a não existência de uma estrutura sistematizada de partilha de informação são apontadas como as principais razões para a falha de comunicação entre profissionais de saúde e familiares cuidadores (Glenny, Stolee, Sheiban & Jaglal, 2013).

Rocha et al. (2016) acrescentam que a maior parte das informações é transmitida no momento da alta e os familiares cuidadores ficam sem oportunidade para esclarecer dúvidas e colocar questões.

De acordo com os dados obtidos no estudo de Mendonça (2017), realizado num serviço de Ortopedia e Traumatologia de uma Unidade Local de Saúde do Grande Porto e intitulado “Do hospital à comunidade: A problemática das altas precoces na pessoa idosa dependente com fratura da extremidade proximal do fémur”, concluiu-se que no momento da alta, a maioria dos cuidadores inquiridos (90%) referiu não ter recebido qualquer tipo de preparação.

Desta forma, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto consideramos que seria oportuno conhecer a perceção da equipa de enfermagem sobre esta mesma temática, pelo que formulamos a seguinte questão de partida: Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de Ortopedia sobre a preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com FEFP?

A partir da nossa questão de partida delineamos os seguintes objetivos:

- Conhecer a forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP;
- Analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar;
- Identificar o processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de Ortopedia sobre a elaboração de um programa de preparação da alta dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP.

Assim, este estudo tem como finalidade contribuir para a elaboração de um programa de preparação da alta dirigido ao familiar cuidador da pessoa idosa com FEFP, que, por sua vez, pretende melhorar os cuidados de enfermagem prestados a esses familiares cuidadores e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos clientes com FEFP.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes, a primeira e a segunda contemplam o enquadramento conceptual da pessoa idosa, das quedas, das FEFP, do papel e da preparação do familiar cuidador para a alta hospitalar. Por sua vez, a terceira parte explana o enquadramento metodológico, em particular, o tipo de estudo e a finalidade, os participantes e o contexto, a técnica de colheita de dados, o tratamento dos dados obtidos e, por fim, as considerações éticas. Na última parte são apresentados e discutidos os resultados deste estudo e finalmente as conclusões deste trabalho.

1. A PESSOA IDOSA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR

1.1. A pessoa idosa: conceitos e características

Atualmente, em Portugal, denomina-se pessoa idosa, aquele que tiver 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2019). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), o envelhecimento está cada vez menos relacionado com a idade cronológica dos indivíduos, uma vez que idade avançada nem sempre significa dependência. A perda das capacidades e as necessidades em saúde dos adultos maiores não é aleatória, mas depende do contributo de eventos que ocorreram no ciclo de vida das pessoas.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma inversão na pirâmide etária de Portugal, no qual se observa um decréscimo da população jovem em contraste com o aumento do número de pessoas mais velhas. Isto acontece devido à baixa natalidade e ao incremento da longevidade. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019), em Portugal o número de idosos passará de 2,2 em 2018 para 2,8 milhões em 2080, estimando-se que o pico ocorra em 2048. Também é notório o aumento do índice de dependência de idosos de 24,4% em 2001 para 33,6% em 2018 (PORDATA, 2019).

Sabemos que o envelhecimento é um processo universal, multidimensional e irreversível (Gonçalves, 2015). É caracterizado pelo declínio estrutural e funcional que ocorre no idoso progressivamente (Vieira, Aprile & Paulino, 2014). As alterações que podem ser consideradas naturais com o avançar da idade são: redução da massa corporal, restrição da amplitude da caixa torácica, pêlos e cabelos grisalhos, pele enrugada, diminuição ou perda da acuidade auditiva, desgaste e perda das peças dentárias, compromisso na mobilidade intestinal e enfraquecimento da musculatura vesical (Veras, Teixeira, Granja & Batista, 2015).

As modificações que surgem no início da vida adulta tornam-se significativamente importantes quando a degradação dos sistemas orgânicos atinge uma extensão considerável ou é associado ao aparecimento de doenças. A velocidade deste declínio

depende da resposta do organismo aos estímulos recebidos (Esquenazi, Silva & Guimarães, 2014).

Tal como foi referido, no envelhecimento existe a diminuição gradual e fisiológica da reserva funcional dos indivíduos que, em momentos desfavoráveis de sobrecarga e *stress*, pode conduzir à perda patológica da sua capacidade funcional. Deste modo, as habilidades físicas e mentais, a independência na vida diária e a capacidade de integração social podem estar comprometidas (Soares, Mello, Silva, Martinez & Nunes, 2014).

Desta forma, Veras, Teixeira, Granja e Batista (2015) sublinham a importância de entender que o processo de envelhecimento ocorre de forma heterogénea e individual, uma vez que, cada pessoa envelhece de maneira diferente, tendo em conta a influência que aspetos positivos e/ou negativos tiveram ao longo do ciclo vital.

O envelhecimento pode ser influenciado pela herança genética, pelo sexo, pela acessibilidade a serviços de saúde e por fatores psíquicos e sociais, tais como, o contexto em que o idoso vive, os estilos de vida, a profissão e o rendimento económico (Gonçalves, 2015).

Relativamente às inúmeras alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, a maioria estão associadas ao domínio biológico que compreende as transformações fisiológicas e anatómicas, com destaque a nível neuromotor (Neto, Silva, Nascimento & Souza, 2017; OMS, 2015).

Assim, a nível biológico, o envelhecimento é caracterizado por uma grande diversidade de danos moleculares e celulares que gradualmente leva a uma perda nas reservas fisiológicas e ao aumento do risco de aparecimento de doenças que, em última instância, resulta no falecimento do indivíduo (OMS, 2015). Anatomicamente existem alterações na postura, na locomoção e na flexibilidade do corpo (Esquenazi et al., 2014).

Já no domínio neurológico, a funcionalidade do sistema nervoso central é afetada, prejudicando o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos, responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, causando tonturas, vertigens e desequilíbrios. Também as limitações das articulações, a restrição da acuidade visual e o comprometimento da cognição afetam o equilíbrio corporal (Vieira et al., 2014).

Estes autores referem ainda que a nível motor, verificam-se modificações no sistema musculoesquelético e ósseo, nas quais, existe uma diminuição do número de fibras musculares, com consequente redução da força muscular, levando a um compromisso na

mobilidade corporal. De facto, a atrofia e a fraqueza muscular, no envelhecimento podem levar à sarcopenia, sendo esta responsável por uma parte substancial da ocorrência de quedas e fraturas (Esquenazi et al., 2014).

Por outro lado, a OMS (2015, p. 13) apresenta o conceito de Envelhecimento Saudável como o *“Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”*. Esta conceção sustenta o aumento das práticas em saúde centradas nas necessidades dos idosos em detrimento dos modelos curativos centralizados na doença. Portanto, o potencial das pessoas idosas deve ser aproveitado para o desenvolvimento futuro, em particular, o adulto maior deve poder participar na vida económica, política, social e cultural da sociedade (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017).

Ao falarmos de envelhecimento também é importante abordarmos a funcionalidade, que surge como a variável principal neste processo e é definida como *“A interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado.”* (Ministério da Saúde [MS] & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS], 2016, p. 3).

Aliado à funcionalidade, é também relevante entender alguns conceitos que estão relacionados, tais como, capacidade funcional, autonomia e independência. A primeira é avaliada pela eficácia do idoso em dar resposta às exigências físicas do quotidiano, que vão desde as atividades de vida diárias até as tarefas mais complexas da rotina diária. A autonomia consiste na capacidade individual de decisão sobre as ações, estabelecendo as próprias regras. E a independência compreende a capacidade de realizar algo com os próprios meios, cuidar de si próprio e realizar as atividades de vida diária básicas e as atividades instrumentais de vida diária (Ribeiro & Romão, 2017).

Em suma, ao existir um compromisso na capacidade funcional do idoso, este irá necessitar de ajuda de terceiros, podendo ser apoio profissional ou auxílio da família. A perda da capacidade funcional aumenta o risco quer de institucionalização, quer da ocorrência de quedas (Marinho, Lima, Reis & Reis, 2019).

1.2. As quedas em idosos

Queda é definida como o “*Contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um fator intrínseco determinante ou um acidente inevitável*” (Nascimento & Tavares, 2016, p. 2). De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2019), queda é um foco de enfermagem e está descrita como “*Evento ou episódio*”.

As quedas em idosos constituem um problema de saúde pública, devido à sua incidência e às suas consequências quer para o indivíduo e sua família, quer para a sociedade (Franco, Kindermann, Tramuja & Kock, 2016).

Estima-se que 30% da população geriátrica cai pelo menos uma vez por ano e que as quedas são responsáveis por 12% dos óbitos (Vieira et al., 2014). A World Health Organization (WHO) (2007) menciona que cerca de 28% a 35% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos caem anualmente, e essa proporção aumenta de 32% a 42% para os idosos com idade acima de 70 anos. Esta Organização acrescenta que a frequência de quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade da pessoa.

As quedas estão associadas à diminuição significativa da capacidade funcional do idoso, geralmente são causadas por déficit de marcha e perda do equilíbrio por uma modificação nos mecanismos neurosensorial e osteoarticular, envolvidos na manutenção da postura corporal (Soares et al., 2014).

Desta forma, diversos autores agrupam as inúmeras causas para o surgimento das quedas nos idosos em dois grupos: os fatores intrínsecos e extrínsecos (Bizerra, Gonçalves, Carmo, Mendes & Moura, 2014; Esquenazi et al., 2014; Vieira et al., 2014).

Em relação aos fatores intrínsecos consideram-se as mudanças fisiopatológicas do envelhecimento, tais como, deterioração cognitiva, enfraquecimento ósseo e muscular, compromisso do equilíbrio estático e dinâmico e postura corporal, diminuição da acuidade visual e auditiva, alterações a nível circulatório como a hipertensão ou hipotensão; as doenças crónicas que os indivíduos apresentem e os efeitos adversos da medicação ou o uso concomitante de medicamentos (Bizerra et al., 2014; Esquenazi et al., 2014).

Relativamente aos fatores extrínsecos, também denominados como ambientais e comportamentais, enumeramos o uso de calçado inapropriado, os acessórios de mobilidade inadequados ou utilizados de forma incorreta, a presença de tapetes soltos ou com dobras, a ausência de barras de apoio em locais que requeriam o seu uso, escadas sem corrimão, iluminação inadequada e interruptores colocados em locais de difícil acesso, pisos escorregadios e com alterações no seu relevo, iluminação insuficiente nos ambientes, móveis a obstruir a passagem do idoso e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades (Almeida, Carvalho, Nunes & Kiffer, 2017; Bizerra et al., 2014; Vieira et al., 2014). Contudo, salientamos que a maioria das quedas resulta de uma combinação destes dois grupos de fatores (Almeida et al., 2017).

Nascimento e Tavares (2016) no estudo que realizaram concluíram que os idosos que tiveram mais quedas eram do sexo feminino, com 80 ou mais anos, que moravam acompanhadas, apresentavam duas ou mais morbilidades, tomavam cinco ou mais medicamentos, eram dependentes nas atividades de vida diárias, tiveram mais medo de cair e demonstraram pior desempenho físico quando comparados aos que não caíram.

Apesar de sabermos que as quedas podem existir em todas as fases do ciclo vital, quando ocorre em idosos as consequências tornam-se mais graves, tanto a nível físico como psicológico e emocional.

Relativamente aos danos físicos, destacamos o compromisso na mobilidade, o aparecimento de lesões e o impacto na dependência nas atividades de vida diárias (Avila, Pereira & Bocchi, 2015). No que diz respeito às alterações a nível psicológico, salientamos o próprio receio de cair de novo e a falta de confiança para caminhar, tornando o idoso menos ativo, o que indiretamente podemos concluir que o surgimento de uma queda pode prejudicar o relacionamento familiar, social e profissional do idoso (Vieira et al., 2014).

Soares et. al (2014) acrescentam como principais complicações das quedas em idosos, o aumento do risco de morte, o medo futuro de novas quedas levando à restrição de atividades, o declínio da saúde global, o aumento do risco de institucionalização e a ocorrência de fraturas. Estas últimas têm como importante fator de risco a osteoporose e as fraturas do fémur são as mais frequentes na população idosa, sendo responsáveis por cerca de 90% das fraturas com indicação cirúrgica (Almeida et al., 2017).

Deste modo, a avaliação da existência dos fatores, anteriormente mencionados, por parte do profissional de saúde, torna-se essencial para a prevenção de quedas e da sua reincidência. É de extrema importância que o enfermeiro envolva o familiar do idoso na

identificação dos fatores de risco das quedas, na definição de estratégias para diminuir a sua ocorrência e na sensibilização do idoso para os riscos e consequências que uma queda pode trazer (Nascimento & Tavares, 2016).

1.3. As fraturas da extremidade proximal do fémur: o internamento hospitalar

Sabemos que o aumento da população geriátrica nas últimas décadas tem contribuído para uma subida significativa da incidência de FEFP. A principal causa deste tipo de lesões é a queda da própria altura (Daniachi et al., 2015). Este facto é justificado pelo avançar da idade e pela presença dos fatores intrínsecos e extrínsecos descritos anteriormente. Desta forma, o idoso apresenta um maior risco de queda, estando mais predisposto a cair e, conseqüentemente, ao surgimento de fraturas (Neto et al., 2017). Como referimos anteriormente as fraturas resultantes de quedas mais comuns são localizadas no fémur, nomeadamente, na extremidade proximal, pelo que importa aprofundar essa temática.

As FEFP são “...todas as fracturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter” (DGS, 2003, p. 7). São divididas em três tipos como podemos ver na figura 1:

- Trocântéricas/Transtrocântéricas – Situadas na área limitada acima pela linha intertrocântérica e, abaixo, pelo limite distal do pequeno trocânter.
- Colo – Situadas entre a cabeça e a área trocântérica. Subdividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais.
- Subtrocântéricas – Ocorrem no segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível 5 cm abaixo dele.

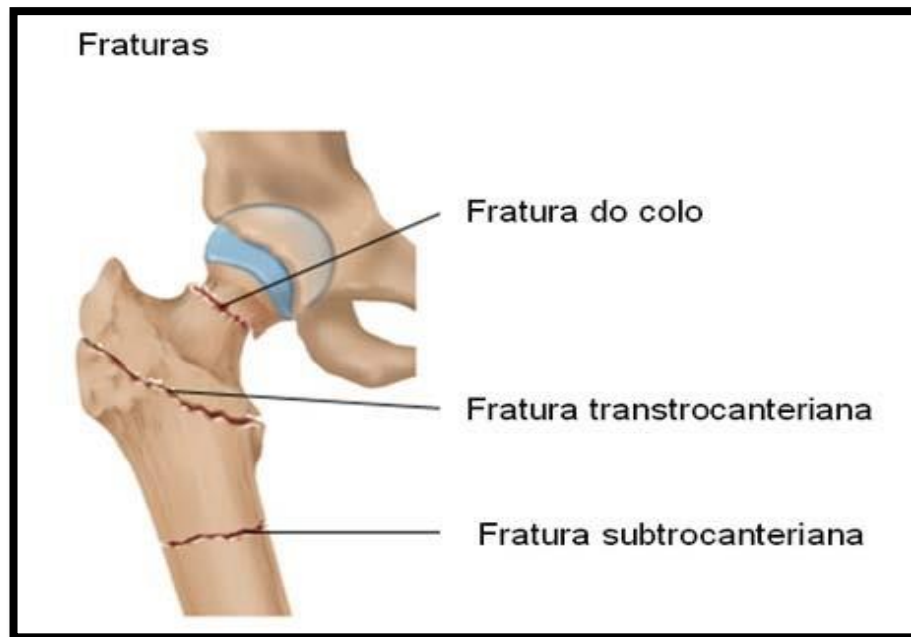


Figura 1 – Tipos de Fraturas

Fonte: <http://vargasfisioterapeuta.com.br/processo-de-cicatrizacao-do-tecido-osseo-tipos-de-fratura-e-tempo-de-cicatrizacao/>

A American Academy of Orthopaedic Surgeons (2009) refere que o tipo de fratura depende da área do fêmur proximal que está envolvida e, à semelhança da DGS (2003), apontam três tipos: intertrocanteriana, intracapsular e subtrocanteriana (Figura 1).

Relativamente à incidência destas fraturas, o National Hip Fracture Database (2014) refere que a média de idade dos indivíduos com FEFP é de 84 anos para homens e 83 para mulheres, sendo que 72,3% das fraturas verifica-se em mulheres, apesar de os homens apresentarem mais comorbilidades e maiores taxas de mortalidade. Por sua vez, Silva et al. (2018) realizaram um estudo de 2005 a 2013, em Portugal, com 101 436 clientes com FEFP com ≥ 65 anos, representando uma média de 11 271 casos por ano. Confirmaram que houve um aumento progressivo do número de internamentos por ano no decorrer do estudo, refletindo um aumento do número médio anual de fraturas. Também concluíram que as FEFP tendem a suceder em indivíduos progressivamente mais velhos.

Estima-se que o número de FEFP na população mundial aumente de 1,7 milhão em 1990 para 2,6 milhões em 2025 e para 6,3 milhões em 2050 (Ortiz-Piña et al., 2019). A prevalência deste tipo de fraturas tem aumentado em função do crescimento da população idosa e das mudanças no comportamento humano, tais como diminuição da ingestão de cálcio, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo (Soares et al., 2014). A principal causa deste

tipo de lesão é o trauma de baixa energia, ou seja, queda da própria altura e o principal fator de risco para as fraturas em idosos é a osteoporose, especialmente as que acontecem em ossos longos, como é o caso do fémur (Neto et al., 2017).

As FEFP são uma das causas mais frequentes de internamento hospitalar, representando metade do número de internamentos de idosos em serviços de ortopedia e tendo como tratamento de eleição o procedimento cirúrgico (Avila et al., 2015; Silva et al., 2018). Em termos económicos, Venâncio, Almeida e Filipe (2019) referem que as FEFP que são tratadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) constituem uma despesa de cerca de 216 milhões de euros por ano.

Quanto ao tipo de procedimento, a osteossíntese e a artroplastia parcial ou total são as cirurgias de eleição (Franco et al., 2016). São consideradas intervenções cirúrgicas urgentes pelo que o tempo de espera segundo a DGS (2003) deve ser as primeiras 24 a 48 horas de internamento. Aditam que a cirurgia só deve ser protelada se o cliente necessitar de compensar patologia associada.

Fonseca et al. (2015) corroboram no sentido em que a cirurgia precoce no idoso com FEFP diminui a morbimortalidade e o adiamento, para além das 48 horas, está relacionado com o surgimento de complicações nos primeiros 30 dias de internamento e uma maior mortalidade pós-operatória. São exemplos dessas complicações a trombose venosa profunda, a embolia pulmonar, a infeção respiratória, a infeção do trato urinário e a úlcera de pressão.

Por conseguinte, em relação ao tempo de internamento hospitalar dos idosos com FEFP, diversos estudos apontam para médias entre os 13 e os 14 dias (Daniachi et al., 2015; Loures et al., 2015; Silva et al., 2018). Este facto, em conjunto, com o uso de antibioterapia e corticoterapia e fisioterapia pós-operatória influenciam a taxa de mortalidade dos clientes idosos (Daniachi et al., 2015). Almeida, Carvalho, Nunes e Kiffer (2017) referem que 17 a 30% dos idosos falecem nos primeiros seis meses. No entanto, outros autores apontam taxas de 24 a 26% para óbitos de idosos no primeiro ano após a intervenção cirúrgica (Neto et al., 2017; Silva et al., 2018).

Face ao exposto, as FEFP em idosos são eventos complexos e traumáticos que levam ao declínio funcional e ao aumento da morbidade e mortalidade. Assim, constituem um desafio quer para os profissionais de saúde como para o SNS, na recuperação da autonomia e da mobilidade que apresentavam anteriormente, existindo mesmo clientes que são

incapazes de recuperar o nível de independência pré-fratura. Morri et al. (2018) acrescentam que 19% dos idosos ficam confinados à cama 1 ano após a cirurgia.

De facto, o repouso e a imobilidade no leito afetam significativamente os idosos, provocando nestes, uma diminuição da força muscular, alterações osteoarticulares, suscetibilidade às infeções respiratórias, hipotensão ortostática aquando do levantar, aparecimento de úlceras de pressão, falta de empenho e motivação na sua recuperação (Brent et al., 2018).

Deste modo, a mobilização e a reabilitação precoce tornam-se prioridades no planeamento dos cuidados de enfermagem nas FEFP na pessoa idosa. Diversos estudos sugerem iniciar a mobilização e o levantar no primeiro dia pós-operatório e que o treino de marcha seja efetuado o mais cedo possível, de forma a promover a recuperação do idoso física e psicologicamente (Brent et al., 2018; Morri et al., 2018; Ortiz-Piña et al., 2019).

Outro aspeto que tem influência no processo de recuperação é a forma como o idoso encara a experiência de uma FEFP e o impacto que ela acarreta. Alguns indivíduos explicam a sua fratura como um evento inevitável, não relacionando com as comorbilidades ou idade avançada, porém outras pessoas consideram a ocorrência de uma fratura como um sinal de envelhecimento e uma proximidade da morte (Saletti-Cuesta, Tutton, Langstaff & Willett, 2016).

Finalmente, sabemos que todos os idosos que sofrem uma FEFP requerem um internamento hospitalar, em que praticamente todos os casos são submetidos a intervenção cirúrgica, o que leva a que, a maioria destes idosos, necessita de apoio após a alta hospitalar, de forma a recuperarem a sua capacidade funcional pré-fratura (Avila et al., 2015).

2. PREPARAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR PARA A ALTA HOSPITALAR

2.1. A alta hospitalar e o regresso a casa

Nos idosos com FEPF, o planeamento da alta é particularmente importante, uma vez que estes irão necessitar de auxílio depois da hospitalização que, geralmente, é assegurado por um familiar cuidador. Embora o tempo de internamento nos hospitais seja cada vez mais curto, devem ser reunidas as condições necessárias para poder realizar ensinamentos a estes indivíduos.

O planeamento da alta hospitalar é caracterizado por uma abordagem interdisciplinar da continuidade de cuidados através da elaboração de um processo que inclui avaliação inicial, definição de objetivos, planeamento, implementação, coordenação e avaliação. É considerado o elo de qualidade entre hospitais, serviços na comunidade, organizações não-governamentais e cuidadores (Lin, Cheng, Shih, Chu & Tjung, 2012).

Petronilho (2010, p. 52) afirma *“Habitualmente é referido que a preparação da alta clínica da pessoa dependente deve ter o seu início no momento da sua admissão no hospital”*. O enfermeiro é o profissional ideal para: avaliar e identificar precocemente as necessidades dos indivíduos e dos cuidadores; sugerir opções de continuidade de cuidados e programas ou serviços que estejam disponíveis na comunidade, de acordo com as carências identificadas; incluir os cuidadores durante os cuidados ao cliente para ensinar sobre as lacunas anteriormente nomeadas e apoiar o binómio cliente-cuidador durante todo o processo, desde a admissão no hospital até ao momento pós-alta (Brent et al., 2018; Lin et al., 2012; Schiller et al., 2015).

Diversos estudos descrevem várias estratégias a utilizar no planeamento da alta e acompanhamento no domicílio de idosos com FEPF e seus familiares cuidadores. Rodakowski et al. (2017) no seu trabalho referem que a integração de cuidadores informais no processo de planeamento da alta deve ser feita, pois reduz as probabilidades de reinternamentos por complicações pós-operatórias.

Khayyal, Moshera, Hanaa e Mohamed (2016) relatam a importância de fornecer aos idosos com FEPF e respetivos cuidadores um folheto impresso, onde constem instruções sobre o

programa de reabilitação de forma a poderem consultar em casa e perceberem o que é esperado para cada etapa de recuperação e evitar complicações.

Schiller et al. (2015) no seu estudo entrevistaram idosos com FEPP e familiares cuidadores com o intuito de conhecerem as suas opiniões sobre a recuperação pós-operatória e concluíram que devem ser proporcionados momentos para os clientes e os respetivos familiares cuidadores fazerem perguntas, expressarem as suas dúvidas, preferências e conhecimentos e discutirem os objetivos de recuperação. Os participantes do estudo sugeriam que fosse elaborado um “mapa de recuperação” com informações e recursos a utilizar e, juntamente, as várias etapas que os idosos com FEPP devem atingir durante o processo de reabilitação.

Tseng, Shyu e Liang (2012) no trabalho realizado destacam as visitas domiciliárias de enfermagem à pessoa com FEPP, sendo que, a primeira visita acontece antes do indivíduo ter alta hospitalar. De forma a poder avaliar o ambiente doméstico e sugerir, se necessário, modificações a fazer para o cliente poder regressar ao domicílio com as condições adequadas à sua recuperação. Posteriormente, o enfermeiro realiza quatro visitas no primeiro mês após a alta e nos dois meses seguintes faz visitas a cada duas semanas. Para além destas idas ao domicílio, os enfermeiros também realizam chamadas telefónicas de acompanhamento ao idoso.

Watkins, Hall e Kring (2012) corroboram os autores anteriores, na medida em que afirmam que as visitas domiciliárias e as chamadas telefónicas são utilizadas para reforçar a informação transmitida no hospital e incentivar a adesão ao plano de cuidados de enfermagem definido no planeamento da alta.

Por fim, os enfermeiros são os profissionais de saúde que prestam assistência por períodos consecutivos, encontrando-se numa posição privilegiada de assistência aos idosos com FEPP, fazendo com que tenham uma relação de maior proximidade e profundidade quer com os clientes quer com os familiares cuidadores. Uma vez que a continuidade de cuidados ao idoso no domicílio é essencial para a recuperação da independência funcional com a ajuda do familiar cuidador, este último deve ser incluído em todos os cuidados, nomeadamente, no planeamento da alta, de forma a desempenhar o seu papel de forma adequada e sem sinais de desgaste (Avila et al., 2015).

2.2. Ser familiar cuidador: transição para o exercício do papel

A prestação de cuidados aos idosos dependentes pode existir em dois contextos, pelo que os cuidadores são classificados como formais ou informais (Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015).

O cuidador formal geralmente é um profissional devidamente preparado e qualificado que presta serviços sob remuneração. O cuidador informal é quem presta cuidados, à pessoa com determinado grau de dependência, de forma parcial ou integral, voluntariamente e que assume a responsabilidade da organização ou assistência e prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Apesar do papel de cuidador informal poder ser assumido pela família, amigos ou vizinhos, normalmente, é um familiar que fica responsável por esta tarefa pelo que é sensato designá-lo por cuidador familiar ou membro da família prestador de cuidados (Melo, Rua & Santos, 2014). O ICN (2019) define como familiar cuidador: *“Cuidador: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”*.

Diversos estudos referem que, em relação aos cuidadores de idosos com FEPF, cerca de 75-80% são do sexo feminino, a maioria são filhas ou conjugues. A literatura destaca ainda as situações de idosos que cuidam de idosos (Avila et al., 2015; Machado, 2013; OMS, 2015).

Na maioria dos países, o modelo predominante de apoio às pessoas idosas é caracterizado pelos cuidados prestados por um familiar. No entanto, a diminuição da proporção de adultos jovens capazes de prestar estes cuidados poderá tornar insustentável este modelo, sendo fundamental a adequação deste modelo e a criação de outros modelos de cuidados (WHO, 2012).

A vivência do papel de familiar cuidador é um processo complexo e exigente que importa entendê-lo à luz da Teoria das Transições de Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000). Assim, segundo Chick e Meleis (1986, p.239) *“A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”*. Segundo os autores, esta teoria assenta em três constructos principais: a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta.

Relativamente aos tipos de transição existem quatro, denominados por: desenvolvimental, na qual os indivíduos experienciam mudanças que ocorrem durante o ciclo de vida, como por exemplo, tornar-se pai; organizacional, em que a transição ocorre no ambiente provocado por mudanças no contexto social, político ou económico; saúde/doença e situacional (Meleis, 2010). Os dois últimos tipos serão explicados mais adiante.

Meleis (2010) menciona que as propriedades que caracterizam uma transição, são comuns a todos os tipos e são: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço temporal e os pontos críticos e eventos.

A consciencialização traduz-se pelo reconhecimento da experiência de transição e o conhecimento sobre a mesma. Quando a consciencialização não é evidente põe-se em causa o início do próprio processo de transição (Meleis, 2010).

Já o envolvimento é determinado pelo grau de motivação e participação que a pessoa apresenta numa experiência de transição e é diretamente influenciado pelo nível de consciencialização que esta detém (Meleis, 2010). Por sua vez, o ICN (2019) define Envolver como *“Comportamento interativo: ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros.”*

A propriedade mudança e diferença explica que uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto o contrário já não é mandatário (Santos et al., 2015). De facto, é importante o indivíduo reconhecer os frutos das mudanças e diferenças que ocorreram no decorrer da transição (Meleis, 2010).

O espaço temporal está explicado por um fluxo de tempo que caracterizam as transições, porém Meleis et al. (2000, p. 20) afirmam que *“[...] Pode ser difícil ou impossível, e talvez mesmo contraproducente, colocar limites no tempo de certas experiências de transição”*. Estas movimentações no tempo devem ser acompanhadas pelos enfermeiros para a obtenção de ganhos em saúde (Santos et al., 2015).

Por fim, a existência de eventos críticos podem influenciar uma transição, podendo ser facilitadores da mudança e também estando associados a um aumento da consciencialização e do envolvimento (Meleis, 2010).

Importa ainda identificar quais os fatores que influenciam o decorrer de uma transição. Estes foram definidos de condições facilitadoras e inibidoras e estão divididos em três tipos: pessoais, que englobam os significados, as crenças e atitudes culturais, o nível socioeconómico e a preparação e conhecimento; comunitárias e sociais (Meleis, 2010).

No que diz respeito aos significados, estes são o sentido atribuído ao próprio processo de transição e representam-se pelos acontecimentos que desencadeiam a experiência. Podem ser classificados como positivos, neutros ou negativos. Já as crenças e atitudes culturais estão relacionadas com o estigma e influenciam a vivência da transição (Meleis, 2010). Meleis et al. (2000) acrescenta que um baixo estatuto socioeconómico poderá ser inibidor, uma vez que, potencia a manifestação de sintomas psicológicos. Por fim, a preparação e o conhecimento estão relacionados com as expectativas que a pessoa apresenta, o que é esperado num processo de transição, sendo facilitador, pode diminuir o *stress* associado a este processo (Santos et al., 2015).

Relativamente às condições sociocomunitárias, a sociedade e os recursos que existem na comunidade podem facilitar as transições, podendo ser estes o suporte de familiares e amigos, as informações transmitidas por profissionais de saúde, os papéis explicativos e o esclarecimento de dúvidas. No entanto, os fatores comunitários podem ser inibidores se forem recursos insuficientes, como por exemplo, o suporte de outros inadequados, a falta de planeamento ou as sessões de formação inadequadas, a informação demonstrada ser escassa ou contraditória (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Por conseguinte, para entender como é que uma transição está a decorrer e para o enfermeiro poder avaliar a mesma, Meleis (2010) definiu padrões de resposta, sendo estes divididos entre indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indivíduos que vivenciam uma transição saudável devem apresentar os seguintes indicadores de processo: estar e sentirem-se integrados no contexto em que ela se insere; ser mantida a interação entre os intervenientes, estar e sentirem-se situados no meio envolvente, adaptando-se ao novo ambiente e criando novos significados e o desenvolvimento de confiança e *coping* onde se evidencia um conhecimento mais profundo e uma compreensão mais adequada dos aspetos que envolvem a transição (Meleis, 2010).

Por fim, Meleis (2010) como indicadores de resultado menciona a mestria e as identidades flexíveis e integradoras, em que, o primeiro está relacionado com a aprendizagem de novas competências, que o profissional de enfermagem pode traduzir como os ganhos em saúde alcançados no decurso da transição (Santos et al., 2015). Todavia, o segundo indicador torna-se visível com a aquisição de uma nova identidade incorporada de novos significados, conhecimentos e habilidades (Andrade, 2013).

Por um lado, a Teoria das Transições facilita o entendimento de um idoso que sofre uma FEPE, porque fica perante uma transição do tipo saúde/doença, ou seja, com o

acontecimento da fratura ocorre uma mudança súbita de um estado saudável para um estado de doença ou existe um agravamento da condição de saúde (Brito, 2012).

Por sua vez, o prestador de cuidados do idoso com FEPE encontra-se perante uma transição do tipo situacional caracterizada por situações inesperadas que requerem a definição ou redefinição dos papéis que até então desempenhava (Melo et al., 2014).

Inicialmente, para o familiar cuidador do idoso que sofre uma FEPE surgem as dúvidas, incertezas e as expectativas não realistas sobre o que vai acontecer, pelo que compete ao profissional de enfermagem consciencializar o familiar cuidador, avaliando as necessidades informativas, elucidando sobre as metas terapêuticas para a recuperação do idoso e, por consequência, preparar o cuidador para o papel que vai ter que desempenhar (Schiller et al., 2015). Como tal, o papel do enfermeiro é essencial para envolver o familiar cuidador durante o internamento do idoso com FEPE, proporcionando momentos de troca de informações e treino de intervenções visando o reconhecimento e a prevenção de fatores de risco relacionados com este tipo de lesões (Nascimento & Tavares, 2016).

Uma vez que uma transição envolve sempre uma mudança, é igualmente importante para o familiar cuidador descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas e das diferenças que ocorreram na sua vida e na do idoso (Meleis, 2010). É crucial o enfermeiro interpretar o significado que o familiar cuidador atribuí a toda a experiência de uma FEPE no idoso, percebendo se está a ser facilitador ou dificultador no processo. Desta forma, as crenças e atitudes culturais também merecem destaque, pois segundo Machado (2013, p. 265), *“... constituem um desafio aos enfermeiros na medida em que é preciso desestruturar a crença de modo a que o prestador de cuidados seja permeável e/ou reconheça o conhecimento actual.”*

Já o nível socioeconómico do prestador de cuidados poderá ser uma condição facilitadora ou dificultadora na transição, no sentido de poder proporcionar um maior ou menor acesso aos recursos de apoio ao autocuidado (Andrade, 2013).

A preparação prévia do familiar cuidador torna-se uma condição pessoal facilitadora, enquanto a ausência de preparação é entendida como dificultadora. Mais uma vez, o enfermeiro é um elemento essencial na preparação do familiar cuidador, devendo inicialmente avaliar, depois realizar um planeamento detalhado do processo de recuperação do idoso e envolver o familiar para a continuidade dos cuidados após a alta (Almeida et al., 2017).

Cabe também ao enfermeiro conhecer o suporte social e a comunidade no qual o binómio cliente-familiar cuidador está envolvido, permitindo desenvolver intervenções terapêuticas, nomeadamente, o aumento do conhecimento do familiar para cuidar, a ajuda financeira, o tipo de equipamentos técnicos que pode utilizar e como o fazer e, por fim, a necessidade temporária de ser substituído (Machado, 2013).

O nível de confiança que o prestador apresenta, atestado pelo entendimento que tem sobre o processo de doença que o familiar de quem cuida apresenta é um indicador de processo da transição que está a vivenciar (Machado, 2013). Com a prestação de cuidados contínua, o familiar cuidador identifica aspetos positivos, como o sentimento de dever cumprido, a satisfação pessoal e a reciprocidade. No entanto, também reconhece pontos negativos, tais como, os conflitos familiares, a insegurança e a sobrecarga (Fuhrmann et al., 2015).

A sobrecarga do familiar cuidador é visível quando este apresenta níveis de *stress*, problemas de saúde, quer físicos, quer psicológicos. Estas alterações são justificadas muitas vezes por falta de tempo e preparação para o papel que estão a desempenhar ou pela ausência de suporte de outros membros da família ou da comunidade (Nahm, Resnick, Orwig, Magaziner & DeGrazia, 2010). Importa ainda aprofundar as consequências associadas à sobrecarga do familiar cuidador: o domínio económico é sobrecarregado com os custos envolventes numa prestação de cuidados e existe uma dificuldade em conciliar o papel de cuidador com o de trabalhador; o aumento da incidência de patologias e transformações nas relações do seio familiar que contribuem para um isolamento social do cuidador (Melo, Rua & Santos, 2018).

2.3. Preparação do familiar cuidador

Como já vimos anteriormente, o processo de cuidar de um idoso dependente torna-se numa tarefa complexa que exige tempo e dedicação. Os profissionais de saúde devem ter como prioridade a divulgação da informação para o binómio cliente-familiar cuidador de forma a maximizar o potencial de recuperação (Schiller et al., 2015).

O primeiro passo para os profissionais de enfermagem poderem preparar um familiar cuidador no papel que este vai desempenhar, consiste na identificação adequada do

mesmo. Inicialmente, deve ser tido em conta que existem diversos familiares cuidadores com papéis e responsabilidades diferentes, pelo que a avaliação de cada prestador deve ser um processo individual (Next Step in Care, 2013).

Por um lado, assume-se que o familiar cuidador no contexto de internamento, é aquele que permanece mais tempo com o cliente, o que não quer dizer que seja essa pessoa que no domicílio irá prestar cuidados. Por outro lado, o próprio cliente quando é questionado pode não conseguir identificar o familiar cuidador, seja pelo estado cognitivo que apresenta ou por a situação de dependência ser nova e nunca ter tido um cuidador até ao evento de FEPP (Next Step in Care, 2013).

Deste modo, a evidência sugere que o profissional de enfermagem quando questiona o cliente, não pergunta diretamente quem é ou vai ser o familiar cuidador, mas sim, para quem é que costuma ligar em caso de emergência ou quem o acompanha para consultas médicas ou ainda quem é que lida com a medicação. Inicialmente, o enfermeiro pode também questionar quem é o familiar que vive mais próximo do cliente e avaliar quem aparenta ter mais conhecimentos e capacidades para prestar cuidados (Next Step in Care, 2013).

A identificação do cuidador é particularmente importante na admissão ou nos primeiros dias de internamento do idoso com FEPP, uma vez que, este familiar cuidador pode divulgar aos profissionais de saúde várias informações importantes sobre o idoso, especialmente o estado de dependência que este apresentava antes da ocorrência da fratura (Saletti-Cuesta et al., 2016).

Existindo um familiar cuidador devidamente identificado, compete ao enfermeiro realizar uma primeira avaliação das necessidades que este apresenta. Este diagnóstico situacional é de extrema importância, uma vez que permite dirigir todo o planeamento de intervenções de enfermagem para este familiar cuidador, tendo por base as lacunas inicialmente designadas (Melo et al., 2014).

Sequeira (2010) sugere que após a avaliação das necessidades do cuidador informal, o enfermeiro deverá organizar as suas intervenções em três fases: informativa, instrumental e suporte.

Na primeira fase é esperado que sejam fornecidas informações teóricas sobre o período pré-operatório, a intervenção cirúrgica, as possíveis complicações e o processo de reabilitação funcional do idoso, com destaque da importância da mobilização precoce para

recuperação da força muscular e equilíbrio corporal e, ainda, a prevenção de quedas (Graça, Bocchi, Fusco & Avila, 2018; Saletti-Cuesta et al., 2016).

A literatura sugere que seja fornecido, ao cliente e respetivo cuidador, um cronograma ajustado à condição prévia do internamento (Sims-Gould, Stott-Eveneshen, Fleig, McAllister & Ashe, 2017). Textos, livros, folhetos, *sites* informativos, portais *online* para cuidadores informais, dispositivos portáteis e aplicações para cuidadores e profissionais de saúde comunicarem são apontados como métodos viáveis na transmissão de informação (Avila et al., 2015; Glenny et al., 2013; OMS, 2015). O Rehabilitative Care Alliance (2018) corrobora na medida em que a preparação do familiar cuidador deve ser efetivada através de uma combinação de métodos. Estes devem ser materiais educativos, elaborados com uma linguagem simples, em conjunto com as informações transmitidas pelo profissional de enfermagem, de uma forma assertiva e adequada ao nível de literacia dos clientes.

Posteriormente, na segunda fase é expectável que o familiar cuidador seja incluído nos cuidados, de forma a poder ser orientado, instruído e treinado pelo enfermeiro a participar nas atividades de vida diárias do idoso com FEFP que, após a intervenção cirúrgica, se apresenta dependente no domínio do autocuidado (Fernandes & Angelo, 2016; Sequeira, 2010). Devem ser consideradas as experiências anteriores que o familiar cuidador possa ter (Andrade, 2013).

Por último, na terceira fase privilegia-se o apoio ao cuidador informal, a nível emocional e psicológico (Sequeira, 2010). Uma vez que, no idoso, dado à natureza traumática e aguda das FEFP, nem sempre os familiares cuidadores têm o tempo útil para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades necessárias na prestação de cuidados (Avila et al., 2015). Logo, o familiar cuidador pode apresentar-se frustrado, ansioso, triste, confuso e com a sensação de falta de tempo em equilibrar este novo papel com a sua vida pessoal. Deste modo, compete ao profissional de enfermagem providenciar intervenções de suporte ao familiar cuidador desde a admissão no internamento hospitalar à preparação para o papel que vai desempenhar e, ainda, no regresso ao domicílio (Saletti-Cuesta et al., 2016).

Como vantagens de uma preparação adequada do familiar cuidador no idoso com FEFP, verifica-se uma melhor aceitação do papel que leva a uma diminuição da ansiedade, um incremento da satisfação do cliente, menor incidência de complicações médicas após a alta, um decréscimo na taxa de reinternamento e um menor custo para o SNS (Glenny et al., 2013).

Por um lado, sabemos que a inexistência de intervenção de enfermagem pode contribuir para uma transição não saudável, com consequências em saúde, quer para o familiar cuidador, quer para o idoso dependente. A falta de partilha de informação por parte dos profissionais de saúde, a confusão de papéis no caso de serem vários os familiares cuidadores e o planeamento da alta de forma desorganizada, foram os três problemas mais comuns indicados por clientes com fratura da anca e respetivos cuidadores na *scoping review* realizada por Asif, Cadel, Kuluski, Everall e Guilcher (2019).

Fuhrmann et al. (2015) rematam que os profissionais de enfermagem devem estar atentos à sobrecarga do familiar cuidador, integrando nos seus planeamentos de cuidados os instrumentos existentes de avaliação da sobrecarga, especialmente, no âmbito de enfermagem de saúde familiar no domicílio e no contexto de internamento quando existirem reinternamentos. Fuhrmann et al. (2015, p. 19) concluíram que “...quanto maior a dependência do idoso, maior a sobrecarga do cuidador”.

2.4. Continuidade dos cuidados de enfermagem

Atualmente, a continuidade dos cuidados de enfermagem após um internamento hospitalar pode ser assegurada por diversas entidades, nomeadamente pela unidade de saúde familiar ou unidade de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados continuados integrados e unidades de saúde privadas.

Na globalidade dos casos, os clientes com FEPP são referenciados para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com o apoio de um familiar cuidador ou de um cuidador formal. A referenciação para as unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) embora existentes, tornam-se mais complexas devido à escassez de vagas e, conseqüente, ao tempo de espera para ser admitido neste tipo de unidades, aliados à pressão para a alta hospitalar.

Desta forma, a importância do regresso ao domicílio acompanhado de um programa de reabilitação é considerada por Ortiz-Piña et al. (2019) extremamente importante para garantir o sucesso de uma recuperação eficaz nos clientes com FEPP. Portanto, a parceria de cuidados entre os familiares cuidadores destes indivíduos e as diferentes equipas de

saúde deve ser incrementada, iniciando-se no internamento e continuando no ambiente doméstico.

Entende-se por cuidados continuados integrados o

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº 136/2015, p. 5084).

Em Portugal, desde 2006 que existe a RNCCI apresentada pelo 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”* (artº 4º, nº1). Porém, de acordo com o MS e MTSSS (2016), conclui-se que 10 anos após a criação da rede, torna-se patente que cerca de 85% dos clientes são idosos.

Atualmente, a RNCCI é composta por Unidades de internamento, Unidades de ambulatório, Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias como explicado na Figura 2.

Unidades de Internamento	Unidade de Ambulatório	Equipas Hospitalares	Equipas Domiciliárias
<ul style="list-style-type: none">•Unidade de Convalescença•Unidade de Média Duração e Reabilitação•Unidade de Longa Duração e Manutenção	<ul style="list-style-type: none">•Unidade de dia e de promoção da autonomia	<ul style="list-style-type: none">•Gestão de altas	<ul style="list-style-type: none">•Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Figura 2 – Tipologias da RNCCI - Elaborado pela autora

O Decreto-Lei nº136/2015 surge como a primeira atualização ao Decreto-Lei nº101/2006 que cria a RNCCI. A principal alteração consiste na desintegração das unidades e equipas em cuidados paliativos da RNCCI.

Relativamente aos idosos com FEFP, Santos (2010) no seu estudo refere que as fraturas do colo do fémur constituem o segundo diagnóstico mais frequente, cerca de 16%, nas

referenciações para a RNCCI. Acrescenta que entre 2008 e 2009 existiram 750 pessoas na RNCCI com diagnóstico de fraturas, das quais 677, cerca de 90%, tinham fratura do fémur.

Como vimos anteriormente, os idosos com FEFP no momento da alta, quando regressam ao domicílio necessitam de continuidade de cuidados de enfermagem pelo que é feita a referência para ECCI para cuidados de reabilitação. Na impossibilidade de voltarem ao domicílio e reunindo determinados critérios poderão ser referenciados para uma unidade de internamento de cuidados continuados. Portanto, iremos abordar com mais pormenor estas tipologias.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar, integrada na unidade de cuidados na comunidade que, por sua vez, faz parte do agrupamento de centros de saúde, que prestam serviços domiciliários a indivíduos em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não exige internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei nº 136/2015).

Venâncio et al. (2019, p.36) no seu estudo enfatizam o trabalho efetuado pelas ECCI no âmbito da prevenção de quedas e no domínio do autocuidado. Deste modo, as intervenções de enfermagem realizadas tinham como atividades *“(...) identificação e modificação de fatores de risco de queda no domicílio à educação do prestador de cuidados na prevenção da queda aquando dos cuidados informais e, ainda, a adequação de estratégias complementares do autocuidado”*.

Já a unidade de convalescença (UC) é uma unidade de internamento com duração de até 30 dias, que concede tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação, após um internamento hospitalar provocado por agudização da situação clínica, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem como objetivo a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não carece de cuidados hospitalares de agudos (Decreto-Lei nº 136/2015).

Por sua vez, a unidade de média duração e reabilitação (UMDR) é uma unidade de internamento entre 30 a 90 dias consecutivos, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, para recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Decreto-Lei nº 136/2015).

Por fim, a unidade de longa duração e manutenção (ULDM) é uma unidade de internamento, temporário ou permanente, que presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com vários níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade oferecer cuidados que previnam e adiem o agravamento da dependência, privilegiando o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Esta unidade também contempla situações temporárias, no caso de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador principal, até 90 dias por ano (Decreto-Lei nº 136/2015).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Um processo de investigação engloba três fases: a fase concetual, a metodológica e a empírica (Fortin, 2009). Segundo esta autora, a primeira fase contempla a escolha de um problema de investigação, a pesquisa na literatura relevante e a definição de uma questão de investigação e objetivos. Posteriormente, na fase metodológica é determinado um desenho de estudo com a escolha da população ou amostra e selecionados os métodos de colheita de dados e análise dos mesmos. Por fim, na fase empírica são recolhidos, analisados e interpretados os dados.

Dado que anteriormente já desenvolvemos a fase concetual do processo de investigação, relacionada com a preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com FEPE, passaremos agora a abordar as fases seguintes.

3.1. Tipo de estudo

De forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos definidos, previamente enunciados, optamos por desenvolver um estudo de natureza qualitativa, descritivo e exploratório. Segundo Silva (2013) os estudos de natureza qualitativa permitem entender as especificidades dos contextos investigados, valorizando estes e a perspetiva do entrevistado. Este autor refere ainda que a subjetividade, a interpretação da realidade segundo as representações sociais que os participantes relatam e o raciocínio indutivo são algumas das características mais importantes na investigação qualitativa.

Bryman (2016) considera a pesquisa qualitativa como uma estratégia que dá ênfase às palavras em vez de quantificá-las, quer na colheita como na análise de dados. O investigador tem um papel fundamental neste tipo de estudo, uma vez que, o mesmo deve “mergulhar” dentro do contexto que investiga para ter uma visão mais profunda do objeto em estudo.

Este estudo é também descritivo e exploratório, pois temos como objetivo observar, descrever e explorar um fenómeno, tal como ocorre na natureza, com a finalidade de o compreender, explicar ou prever (Fortin, 2009; Pais Ribeiro, 2010).

3.2. Contexto e participantes

O presente estudo foi realizado no serviço de Ortopedia de um Hospital da Região do Grande Porto. Este serviço possui 30 camas e acolhe clientes quer do foro ortopédico, nomeadamente cirurgias programadas, quer do foro traumático, o caso das fraturas ósseas.

Relativamente aos recursos humanos deste serviço de internamento hospitalar, a equipa médica é constituída pelo diretor de serviço e por assistentes graduados, assistentes hospitalares e internos de especialidade, num total de 25 ortopedistas. O serviço contempla também nove assistentes operacionais e dois assistentes técnicos. Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira chefe e 27 enfermeiros, dos quais seis são especialistas em enfermagem de reabilitação, dois em enfermagem médico-cirúrgica e um em enfermagem de saúde mental.

A equipa de enfermagem desempenha funções com base numa metodologia individual de trabalho, segundo a qual, cada enfermeiro tem atribuído um determinado número de clientes, ficando responsável pelos cuidados que lhes são prestados. Importa referir que nos dias úteis, no turno da manhã, existem dois enfermeiros que prestam exclusivamente cuidados de reabilitação e uma enfermeira de referência que colabora na gestão do serviço, promovendo a continuidade de cuidados através da articulação com a equipa multidisciplinar e com o enfermeiro de família.

Para este estudo, selecionamos como participantes os profissionais de enfermagem que respeitavam os seguintes critérios: trabalhar no serviço de Ortopedia há mais de seis meses e aceitar participar no estudo. Como critério de exclusão definimos os profissionais que se encontravam de atestado médico por tempo prolongado. Por conseguinte, foram selecionados 21 profissionais de enfermagem.

3.3. Técnica de recolha de dados

Nos estudos de natureza qualitativa podemos utilizar diferentes estratégias para a colheita de dados, tal como, a entrevista, a observação, a narrativa e o *focus group* (Streubert & Carpenter, 2011).

Dada a natureza do fenómeno em estudo selecionamos como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Esta é caracterizada pela sua flexibilidade, uma vez que, o entrevistador segue um fio condutor, colocando as perguntas numa ordem prevista, mas podendo acrescentar perguntas de esclarecimento. Esta técnica permite respostas mais fidedignas e uma maior abertura do entrevistado na colheita da informação (Nunes, Nascimento & Alencar, 2016).

Para Bryman (2016) a entrevista permite uma recolha de informação, na qual o entrevistador interpreta as respostas obtidas, de acordo com os significados, crenças e valores associados às descrições do entrevistado.

Desta forma, para a realização das entrevistas aos profissionais de enfermagem foi construído um guião da entrevista (Anexo I), constituído pelos seguintes blocos:

Bloco 1 - Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado

Bloco 2 - Caracterização dos participantes

Bloco 3 – Processo de preparação da alta

Bloco 4 – Perceção dos enfermeiros acerca da elaboração de um programa estruturado de preparação da alta

Após a elaboração do guião da entrevista, foi efetuado um pré-teste com um profissional de enfermagem para verificarmos se o guião necessitava de melhorias, o que não foi necessário pelo que se manteve o guião original.

As entrevistas foram previamente agendadas com cada enfermeiro consoante a disponibilidade dos mesmos e de preferência no final de cada turno de trabalho. De seguida, realizaram-se as entrevistas com cada profissional num local calmo do serviço de Ortopedia que privilegiasse a privacidade, começando pela apresentação e explicação do estudo e assinatura do consentimento informado (Anexo II). As entrevistas foram gravadas

em áudio e, posteriormente, transcritas em texto. O tempo médio das entrevistas foi de 15 minutos.

3.4. Tratamento e análise de dados

Relativamente ao tratamento dos dados recolhidos, este foi realizado com recurso à análise de conteúdo de Bardin (2016). A análise de conteúdo é “... *um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*” (Bardin, 2016, p. 44). Esta autora propõe que a análise de conteúdo seja feita através de três etapas cronológicas: pré-análise; exploração do material e, por último, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, também conhecida como fase de organização dos dados, tem o propósito de preparar e definir o *corpus* da pesquisa. Esta etapa contempla três atividades: a leitura flutuante, a escolha dos documentos e a formulação das hipóteses e dos objetivos (Bardin, 2016).

A leitura flutuante é o primeiro contacto onde se começa a conhecer os documentos sujeitos a análise, posteriormente para a escolha dos documentos que constituirão o *corpus* da pesquisa Bardin (2016) sugere quatro regras: a exaustividade em que na pré-análise se deve ter em conta todos os documentos não podendo excluir nenhum deles por algum motivo; a representatividade refere que a análise de conteúdo pode ser feita a uma amostra, desde que esta represente o universo investigado; a homogeneidade na qual os documentos a serem analisados devem ser idênticos; e a pertinência em que os documentos devem ser adequados, dando resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo. Estando o material de análise todo reunido e após a leitura inicial dos documentos definem-se objetivos.

A segunda etapa é caracterizada pela exploração do material selecionado anteriormente, na qual se dá início às operações de codificação. Bardin (2016, p.133) refere que “*A codificação corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão;*”. Desta forma, o investigador inicia a codificação através do recorte de palavras ou frases que constituem as

unidades de registo, posteriormente faz a enumeração, onde conta quantas vezes essas palavras ou frases aparecem e, por fim, executa a classificação e agregação das unidades de registo em categorias temáticas ou simbólicas. A autora defende uma definição progressiva das categorias, começando nas categorias iniciais que representam as primeiras impressões da análise realizada, depois as intermédias que agrupam as categorias iniciais e, por fim, as categorias finais.

A terceira e última etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, na qual se comparam as categorias existentes, sobressaindo os aspetos considerados análogos e os que foram concebidos como diferentes, podendo quantificá-los de forma simples através de frequências.

Transpondo os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2016) para o nosso estudo, após realização e transcrição das entrevistas na íntegra, procedemos à leitura flutuante de todas, de forma a estabelecer o primeiro contacto com os dados recolhidos e sistematizar as ideias iniciais.

De seguida, demos início às operações de codificação através do recorte de frases dos entrevistados, que constituíram as nossas unidades de registo. Posteriormente, procedeu-se à análise das unidades de registo, de forma a perceber o que tinham em comum e, a partir daí, definimos as categorias.

Na terceira fase, as categorias foram agrupadas de acordo com o enquadramento teórico realizado. Algumas categorias têm associadas subcategorias para uma melhor caracterização do conteúdo analisado. Para cada categoria calculamos as frequências absolutas e relativas para uma melhor análise dos resultados.

Em suma, a análise de conteúdo é um processo interativo, uma vez que, nos obrigou a regressar constantemente às entrevistas realizadas, com o intuito de respeitar o sentido do discurso dos participantes.

3.5. Considerações éticas

A investigação em enfermagem deve ter sempre por base os princípios universais da ética, independentemente do tipo de projeto de investigação, ou seja, os princípios éticos da

autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça deverão ser honrados e nortear todas as fases da investigação (Martins, 2008).

Desta forma, no que diz respeito às considerações éticas, foi realizado o pedido formal de autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, assim como, o pedido de apreciação da Comissão de Ética da mesma instituição. Após a autorização destas entidades (Anexo III e Anexo IV) estavam reunidas as condições para dar início às entrevistas.

A declaração de consentimento informado, que foi lida, explicada e entregue aos enfermeiros para decidirem se queriam participar e, em caso afirmativo, assinarem e ficarem com uma cópia. Também está lá patente que, a qualquer momento, o participante pode desistir do estudo sem prejuízo para o mesmo.

Também foi sempre assegurado o respeito pelos princípios éticos, da autonomia, com a participação voluntária e informada dos participantes do estudo; da não maleficência, tendo em conta que não estavam previstos danos para os participantes no estudo; da beneficência, com a possibilidade de contribuir para a melhoria dos cuidados e promover ganhos em saúde sensíveis aos cuidados e o princípio da justiça, garantindo que todos os participantes teriam a mesma oportunidade de participar.

A confidencialidade foi sempre preservada ao longo de todo o estudo e é entendida como a promessa de que qualquer informação divulgada pelos participantes, não será publicada de forma a que estes sejam identificados.

No entanto, tal como foi referido por Streubert e Carpenter (2011), o anonimato não foi possível mantê-lo, uma vez que, o investigador interagiu pessoalmente com o participante.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas será realizada de acordo com o guião da entrevista (Anexo I). Assim, em primeiro lugar, apresentaremos a caracterização sociodemográfica dos participantes deste estudo. Posteriormente, exporemos os dados relativos ao processo de preparação da alta na admissão de clientes com FEPE, nomeadamente, a avaliação da funcionalidade do idoso, os critérios para este poder ter alta hospitalar e o encaminhamento após a alta. Revelaremos ainda a forma como os enfermeiros deste estudo identificam o familiar cuidador do idoso com FEPE e como fazem a avaliação do potencial do mesmo, de forma a perceberem se será capaz de desempenhar o seu papel e quais as necessidades que apresenta. Por fim, apresentaremos os resultados acerca da atuação dos participantes neste estudo na preparação do familiar cuidador e do respetivo idoso para o regresso a casa e sobre a perceção dos enfermeiros acerca da elaboração, implementação e avaliação de um programa de preparação da alta dirigido ao familiar cuidador.

A figura 3 sintetiza a forma de apresentação dos resultados do presente estudo.

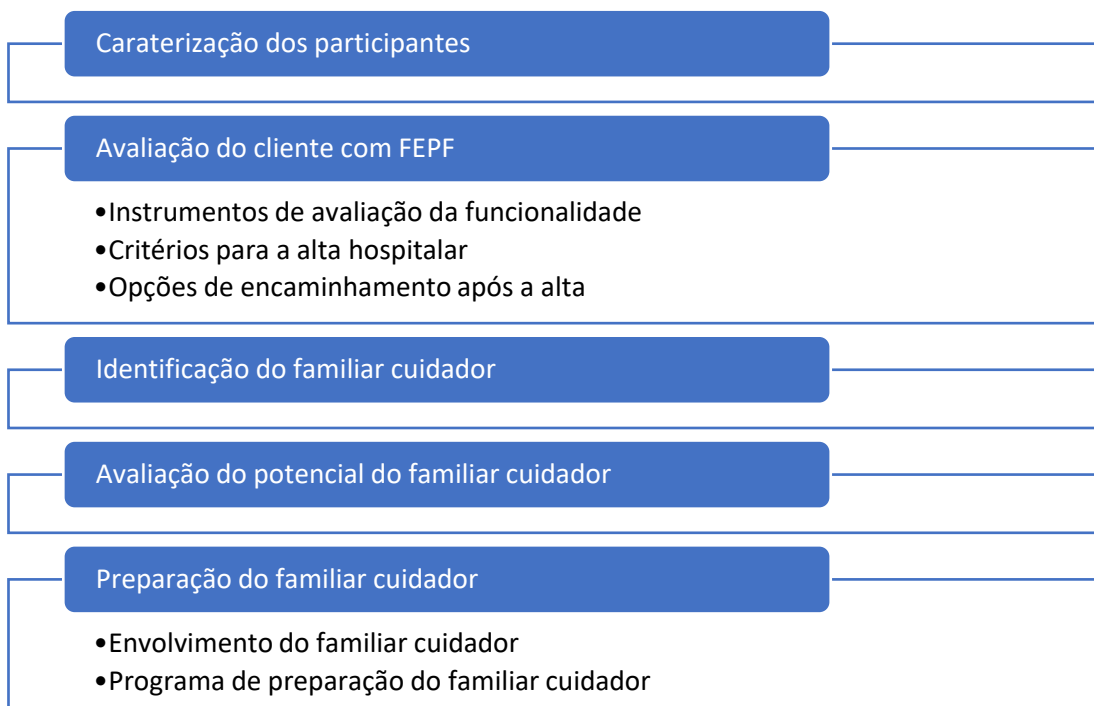


Figura 3 - Processo de preparação da alta - Elaborado pela autora

4.1. Caraterização dos participantes

De acordo com os dados apresentados no quadro 1, dos 21 participantes a maioria é do sexo feminino (57%), inclui-se na faixa etária entre os 36 e os 45 anos (43%) e é casada (57%). No que diz respeito à data de conclusão do curso de licenciatura em enfermagem, a maior parte dos enfermeiros terminaram o curso entre 2001 e 2010 (48%) e 76% dos participantes possuiu o grau de licenciado. No entanto, à data da realização das entrevistas, tomamos conhecimento que um profissional estava a frequentar o curso de especialidade em enfermagem de reabilitação e dois estavam a terminar o curso de mestrado em enfermagem comunitária e o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, respetivamente. Relativamente à categoria profissional, a maioria dos participantes estavam inseridos na categoria enfermeiro (90%). Quanto à experiência destes profissionais destaca-se que 43% trabalhavam no serviço de Ortopedia à menos de cinco anos.

No estudo qualitativo de Landeiro, Martins e Peres (2016, p.3), que teve como objetivo *“...conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as dificuldades, necessidades informacionais e aplicabilidade da utilização de tecnologias educacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente”*, existiram diferenças na caraterização dos enfermeiros entrevistados, nomeadamente, 57% eram do sexo masculino. Em relação ao estado civil metade eram casados. Quanto ao grau académico 43% eram licenciados e, por fim, 43% pertenciam à categoria profissional enfermeiro.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

SEXO	N	%
Feminino	12	57,1
Masculino	9	42,9
Total	21	100
IDADE		
IDADE	N	%
≤25	2	9,5
26-35	4	19
36-45	9	42,9
≥46	6	28,6
Total	21	100
ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	6	28,6
Casado	12	57,1
Divorciado	3	14,3
Total	21	100
DATA CONCLUSÃO DO CURSO LICENCIATURA		
DATA CONCLUSÃO DO CURSO LICENCIATURA	N	%
≤2000	8	38,1
2001-2010	10	47,6
≥2011	3	14,3
Total	21	100
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ACADÉMICAS		
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ACADÉMICAS	N	%
Licenciatura	16	76,2
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	1	4,8
Especialidade em Enfermagem Reabilitação	4	19
Total	21	100
CATEGORIA PROFISSIONAL		
CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Enfermeiro	19	90,4
Enfermeiro Especialista	1	4,8
Enfermeiro-Chefe	1	4,8
Total	21	100
EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA		
EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	N	%
<5 anos	9	42,9
5-10 anos	2	9,5
11-16 anos	3	14,3
≥ 17 anos	7	33,3
Total	21	100

4.2. Processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador

Tal como referimos no início do capítulo 4, após a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, procedemos à apresentação dos resultados da análise do conteúdo realizada às entrevistas, respeitando a forma que estipulamos anteriormente (Figura 3).

4.2.1. Avaliação do cliente com FEFP

➤ Instrumentos de avaliação da funcionalidade

Quando os participantes do estudo foram questionados sobre a utilização de instrumentos de avaliação da funcionalidade dos idosos com FEFP surgiram as categorias (Quadro 2): “Não utilizam/Inexistente” (48%); “Responsabilidade dos enfermeiros especialistas em reabilitação” (33%) e “Avaliação das atividades de vida diárias” (19%).

Rocha et al. (2016) em discordância com a categoria “Não utilizam/Inexistente” alertam para a importância da avaliação do estado funcional do idoso em todas as vertentes dos domínios biopsicossocial, uma vez que, podem existir fatores que influenciam a recuperação da autonomia após a intervenção cirúrgica. Exemplos desses fatores são a idade, o estado de saúde pré-fratura e a capacidade funcional basal, o estado emocional pós-cirurgia, os défices cognitivos e o apoio social recebido.

A categoria “Responsabilidade dos enfermeiros especialistas em reabilitação” vai de encontro ao que Fernandes (2016) defende, no sentido em que a funcionalidade quando avaliada pelo enfermeiro especialista em reabilitação permite a identificação das necessidades, a promoção da saúde e prevenção de complicações e que as intervenções de enfermagem são planeadas com o objetivo de melhorar a capacidade funcional.

Ribeiro e Romão (2017) defendem que o estado funcional do idoso é um indicador da condição de saúde do mesmo e, quando avaliado, permite aos profissionais de saúde

adequar os resultados obtidos com o planeamento das suas intervenções. Estes autores mencionam que a capacidade funcional não se avalia apenas pelas atividades de vida diária o que contraria os resultados da categoria “Avaliação das atividades de vida diárias”.

Quadro 2 – Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade dos Idosos

Dimensão: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS IDOSOS			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Não utilizam/Inexistente	“Que eu saiba não” (P2)	10	48
	“Que eu tenha conhecimento não, nem documentamos isso no processo de cuidados” (P19)		
Responsabilidade dos enfermeiros especialistas em reabilitação	“É os enfermeiros de reabilitação, acho que usam algumas escalas, mas nós não usamos nada” (P1)	7	33
	“Isso é feito com a reabilitação, se é feita, é feita com os colegas de reabilitação” (P10)		
Avaliação das atividades de vida diárias	“Só as escalas que estão padronizadas, que nós usamos para os nossos autocuidados...” (P3)	4	19
	“As avaliações que nós fazemos dos autocuidados, são usados vários instrumentos de avaliação” (P4)		

➤ Critérios para a alta hospitalar

Posteriormente, os participantes deste estudo foram interrogados sobre a avaliação do cliente para a alta hospitalar, nomeadamente, os critérios definidos para os idosos com FEPF poderem ter alta. Das respostas obtidas emergiram as seguintes categorias (Quadro 3): “Suporte social assegurado” (67%); “Condição física da pessoa idosa” (57%) e “Gestão de vagas hospitalares” (10%).

Os resultados encontrados corroboram os critérios identificados pelo Intermountain Healthcare (2017): existir um familiar cuidador que foi previamente identificado e treinado para prestar cuidados ao idoso com FEPF, tal como as narrativas da categoria “Suporte social assegurado”; uma capacidade funcional compatível com o regresso ao domicílio é avaliada por um enfermeiro o que está em sintonia com a categoria “Condição física da pessoa”. Esta última categoria também está em harmonia com os critérios para a alta

hospitalar definidos pelo Rehabilitative Care Alliance (2018) e que são avaliados por enfermeiros, nomeadamente, o cliente estar hemodinamicamente estável, apirético, com dor controlada, tolerar alimentação e a ferida cirúrgica estar sem sinais inflamatórios.

A categoria “Gestão de vagas hospitalares” é comprovada pelo estudo qualitativo de Toscan, Mairs, Hinton, Stolee e The InfoRehab Research Team (2012), que teve como objetivo determinar os principais fatores relacionados com a transição de cuidados nos clientes com fratura da anca, e concluíram que a pressão exercida pelo sistema de saúde sobre os profissionais de saúde, clientes e respetivos familiares cuidadores para a alta precoce propiciam uma preparação da alta ineficaz. Pois estes atores podem não ter tempo ou recursos suficientes para assegurar que o idoso com fratura regresse a casa com segurança.

Quadro 3 - Critérios para a alta hospitalar

Dimensão: CRITÉRIOS PARA A ALTA HOSPITALAR			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Suporte social assegurado	“Tem que ter a parte social familiar assegurada...” (P6)	14	67
	“...se tem suporte social assegurado e o familiar prestador ou convivente aceita a alta e tem condições para receber o doente” (P17)		
Condição física da pessoa idosa	“...se virmos que o doente não tem condições ou que o penso está a repassar muito, ou se o doente fez febre... cabe-nos a nós depois também dar a nossa opinião aí.” (P4)	12	57
	“...a equipa de enfermagem também acaba por ter algum parecer na situação... se nós virmos que um doente não está capaz, nós acabamos por gerir um bocado disso” (P9)		
Gestão de vagas hospitalares	“...e a necessidade de vagas hospitalares.” (P5)	2	10
	“O critério principal neste serviço é a necessidade de camas...” (P14)		

➤ Encaminhamento após a alta

Em relação ao encaminhamento após a alta hospitalar, foi perguntado aos enfermeiros que participaram neste estudo como é que este era planeado e executado no serviço de internamento onde trabalhavam. Percebemos que é considerada uma regra no serviço que quando um cliente idoso com FEPF é admitido, o enfermeiro que realiza essa admissão, solicita de imediato a colaboração da assistente social para averiguação de apoios que possam ser necessários e também para o encaminhamento para a RNCCI. Desta forma, obtivemos as categorias (Quadro 4): “Papel da assistente social” (62%) e “RNCCI” (48%).

A categoria “Papel da assistente social” enquadra-se com os resultados do estudo de Sims-Gould, Byrne, Hicks, Franke e Stolee (2015). Estes quiseram conhecer a opinião de profissionais de saúde sobre as assistentes sociais e concluíram que o papel destas profissionais é um complemento no processo de preparação da alta de um idoso com FEPF. Justificam este aspeto pela capacidade de a assistente social fornecer informações sobre os apoios existentes na comunidade, como por exemplo, entidades que prestam cuidados de higiene, ajudas técnicas e subsídios de apoio, que podem ser um contributo positivo no desempenho do papel do familiar cuidador.

Relativamente à categoria “RNCCI”, Mendonça (2017, p.44) no seu estudo qualitativo, em que um dos objetivos era *“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”*; na dimensão Processo da alta identificou a categoria Sinalização/Referenciação (80%). Assim, também concluiu que a sinalização e referenciação para a RNCCI era um foco de atenção muito valorizado pelos enfermeiros entrevistados. Melo, Rua e Santos (2014) estão em consonância com as narrativas da categoria “RNCCI”, pois referem que a RNCCI é um agente facilitador no apoio aos familiares cuidadores, quando se articulam devidamente com os diferentes serviços de saúde.

Quadro 4 - Encaminhamento após a alta

Dimensão: ENCAMINHAMENTO APÓS A ALTA			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Papel da Assistente social	“...é avaliada a situação social, é sinalizado ou referenciado, caso haja necessidade e pronto é referenciado e depois a assistente social acaba por fazer um bocadinho a triagem das necessidades familiares, o contexto e para que tipo de apoio ele terá no domicílio.” (P5)	13	62
	“...assistente social que por sua vez se o doente necessitar de ajudas nos cuidados de higiene ou na alimentação também são disponibilizados esse tipo de apoios à família, mas acho que isto passa muito depois pelo papel da assistente social.” (P8)		
RNCCI	“...a maior parte destes doentes são todos referenciados e sinalizados para ECCI, pronto, por norma, alguns podem não ter logo vaga...” (P4)	10	48
	“Nós temos por hábito e por filosofia referenciar todos os nossos doentes que necessitem de continuidade de cuidados para a rede (RNCCI) e a rede tem a ECCI que normalmente é a primeira escolha.” (P17)		

4.2.2. Identificação do familiar cuidador

Após a avaliação da funcionalidade do idoso com FEPE, da definição dos critérios de alta hospitalar e encaminhamento após a alta, torna-se pertinente explorar a temática do familiar cuidador. Para tal, questionamos os participantes do estudo sobre a forma como identificavam o familiar cuidador dos clientes que são admitidos com FEPE. Das respostas obtidas formamos as categorias (Quadro 5): “Cliente” (62%); “Família”, esta com as subcategorias “Primeira visita” (57%) e “Cuidador habitual” (19%); “Enfermeiro (10%)”.

Machado (2013) no seu estudo defende a identificação destas três categorias, no entanto com frequências diferentes. Refere que o familiar cuidador é identificado pela família na maioria das respostas, seguindo-se do próprio cliente e por fim o enfermeiro.

Quadro 5 - Identificação do familiar cuidador

Dimensão: IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Cliente		“Se o doente colaborar são feitas algumas perguntas sobre com quem vive” (P8)	13	62
		“É o doente que diz.” (P10)		
Família	Primeira visita	“Questionamos a primeira visita que o utente tem” (P5)	12	57
		“...ou então na primeira visita que este receba” (P13)		
	Cuidador habitual	“...com quem é que vive, quem costuma tomar conta dele.” (P12)	4	19
		“Ou se pergunta a pessoa com quem ela vive, quem é que toma conta dela, o caso da pessoa idosa...” (P14)		
Enfermeiro		“É o primeiro número que nos aparece à frente com um nome.” (P16)	2	10
		“...temos os meios informáticos também hoje disponíveis que podemos consultar, seja do episódio de urgência, seja através da plataforma existente para o efeito.” (P21)		

4.2.3. Avaliação do potencial do familiar cuidador

Depois de identificado um familiar cuidador, torna-se imperioso fazer uma avaliação do potencial deste. Assim, os participantes foram interrogados sobre esta temática, e emergiram as categorias (Quadro 6): “Avaliação informal” (38%); “Inexistente” (33%); “Responsabilidade da Assistente Social” (14%); “Experiência anterior do familiar” (10%) e “Responsabilidade da ECCI” (5%).

Relativamente à categoria “Avaliação informal”, Machado (2013) está em sintonia com os nossos resultados, uma vez que refere que os enfermeiros que entrevistou não utilizavam nenhum instrumento de avaliação dos familiares cuidadores, apenas utilizavam a entrevista e a observação para uma avaliação informal.

Relativamente à categoria “Inexistente”, foi notório que os participantes do estudo apesar de não efetuarem qualquer avaliação do potencial do familiar cuidador, reconhecem a importância dessa intervenção ser feita. Asif et al. (2019) concordam com este facto, no sentido em que não existe avaliação da capacidade e da disposição dos familiares cuidadores para prestar cuidados, dificultando o processo de planeamento da alta.

Os resultados da categoria “Responsabilidade da Assistente Social” estão de acordo com os aspetos referidos por Sims-Gould et al. (2015), em que a assistente social tem um papel de colaboração no envolvimento com as famílias, uma vez que é um profissional que usualmente contacta com os familiares cuidadores através da marcação de reuniões familiares, chamadas telefónicas e também é vista como mediadora na resolução de conflitos familiares. No entanto, estes autores não referem que a assistente social deverá avaliar o potencial do familiar cuidador.

Também na categoria “Experiência anterior do familiar”, Machado (2013, p. 254) refere que a avaliação do familiar cuidador deve atender “...às razões para a acção (*volição, crenças e conhecimento*), às competências e à experiência prévia”.

Relativamente à categoria “Responsabilidade da ECCI”, de acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS (2017) a ECCI é a tipologia da RNCCI com maior peso (30,2%) na assistência aos clientes. Acrescentam que dos episódios de referência para a

RNCCI, 88% destes episódios têm como indicação de referência a necessidade de ensino e capacitação do cliente e respetivo familiar cuidador.

Quadro 6 - Avaliação do potencial do familiar cuidador

Dimensão: AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DO FAMILIAR CUIDADOR			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Avaliação informal	“Depois nas próprias conversas que vamos tendo no dia a dia com o prestador de cuidados que se assume, também vamos vendo o potencial que essa pessoa tem para acompanhar” (P5)	8	38
	“Não há nenhuma avaliação formal para isso...é um bocadinho com o olho clínico.” (P11)		
Inexistente	“Não, isso não, não me parece” (P3)	7	33
	“Ora bem eu acho que esse é um aspeto que ainda nos falta no serviço e que devia de ser mais explorado, inclusivamente por mim e pelos colegas sobretudo da área da reabilitação.” (P21)		
Responsabilidade da assistente social	“É com a ajuda da assistente social...” (P6)	3	14
	“...porque depois a assistente social entrando em campo é ela que faz essa triagem.” (P18)		
Experiência anterior do familiar	“Eu acho que é preciso perceber, se em primeiro lugar, a pessoa já cuidava anteriormente do idoso...” (P15)	2	10
	“Pelas experiências que já teve anteriormente, ou seja, se já teve algum contacto ou experiência semelhante ou parecida anteriormente...” (P19)		
Responsabilidade da ECCI	“...mas se for um doente que tiver apoio de ECCI, eles se calhar poderão avaliar melhor depois em contexto domiciliário, mas nós aqui é difícil.” (P4)	1	5

4.2.4. Envolvimento do familiar cuidador

Existindo uma adequada identificação do familiar cuidador e uma avaliação do potencial deste, estão reunidas as condições para dar início à preparação do mesmo para o papel que vai desempenhar.

Desta forma, questionamos os participantes deste estudo sobre como envolvem os familiares cuidadores de idosos com FEPF internados e como é feita a preparação destes. Face às respostas dos participantes surgiu a categoria (Quadro 7): “Ensino” que se encontra dividida nas subcategorias “Solicitação do familiar cuidador” (43%) e “Iniciativa dos enfermeiros” (29%).

Em relação à categoria “Solicitação do familiar cuidador”, as narrativas incluídas nesta categoria estão de acordo com o que Nahm, Resnick, Orwig, Magaziner e DeGrazia (2010) e Rocha et al. (2016) referem. Segundo estes muitas das informações são explicadas ao familiar cuidador apenas no momento da alta, não permitindo que este assimile eficazmente e exponha dúvidas. Apontam também que existem familiares que assumem o papel de cuidadores sem preparação prévia e que necessitam de adquirir conhecimentos e desenvolver competências em diferentes momentos do internamento hospitalar, pelo que solicitam esse apoio com frequência.

Relativamente à categoria “Iniciativa dos enfermeiros”, no estudo de Oliveira et al. (2011) os enfermeiros reconheceram a importância de envolver a família nos cuidados, considerando esta como um recurso no processo do cuidar, no entanto, nas suas práticas profissionais não foi notório este facto. Petronilho (2008) refere que o envolvimento da família na preparação do regresso ao domicílio revela-se uma iniciativa individual de alguns profissionais de enfermagem, através de um processo pouco ou nada sistematizado.

Quadro 7 - Envolvimento do familiar cuidador

Dimensão: ENVOLVIMENTO DO FAMILIAR CUIDADOR				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Ensino	Solicitação do familiar cuidador	“...só se eles nos pedirem, que têm dificuldades, que não sabem como lidar com o doente, é que nós fazemos isso, porque definido não está nada para fazer nos ensinos.” (P2)	9	43
		“Atualmente não se trabalha muito o cuidador, a não ser que o cuidador peça naquele momento da alta, um ou outro esclarecimento... e a enfermeira no último, mas o último das hipóteses dá ali uns ensinos muito rápidos...” (P3)		
	Iniciativa dos enfermeiros	“Nós quando podemos e vimos que há necessidade pedimos ao cuidador para vir cá e fazemos ensinos e se for necessário reforçar, voltamos a chamar o cuidador.” (P12)	6	29
		“...se o doente for para o domicílio, o serviço muitas vezes procura fazer com que esse familiar cuidador se inteire minimamente dos cuidados a ter em casa e muitas vezes programam-se ensinos com essas pessoas, estando essas pessoas de acordo.” (P18)		

4.2.5. Programa de intervenção

Quando os participantes foram questionados sobre a elaboração de um programa de enfermagem estruturado e dirigido aos familiares cuidadores de idosos com FEFP, 17 (81%) profissionais concordaram com o seu desenvolvimento e os restantes 4 (19%)

apresentaram algumas dúvidas, o que originou as categorias (Quadro 8) “A favor” e “Em dúvida”, respetivamente.

Relativamente à categoria “A favor”, Rocha et al. (2016) refere que a capacitação do familiar cuidador deve ser realizada através de programas de educação em saúde, através da disseminação de informações e o incremento de estratégias para cuidar da pessoa idosa. Também Abreu, Silva, Costa e Abreu (2015) referem que os programas psicoeducacionais são bastante recomendados como estratégia para o fornecimento de informações e apoio aos cuidadores informais de pessoas dependentes.

Em relação à categoria “Em dúvida”, no estudo sobre o familiar cuidador com entrevistas a enfermeiros Machado (2013, p. 238) verificou que *“O factor tempo e a falta de recursos são apontados enquanto causas impeditivas de um cuidado mais holístico e personalizado...”*.

Quadro 8 - Perceção sobre o programa

Dimensão: PERCEÇÃO SOBRE O PROGRAMA			
Categoria	Unidades de registo	N	%
A favor	“..acho que cada vez mais, a comunidade não pode dar resposta a estes idosos todos e acho que tem que se investir a nível de internamento” (P1)	17	81
	“...termos um plano estruturado em que permita que o doente vá para casa em segurança e com o apoio total da família seria uma mais-valia, principalmente para o doente.” (P12)		
Em dúvida	“E isso acaba por ser muito limitativo, tendo em conta, primeiro o <i>turnover</i> dos doentes...são doentes que ficam com internamentos cada vez mais curtos...que muitas vezes os familiares não tem disponibilidade para vir, os enfermeiros não têm disponibilidade para fazer...” (P9)	4	19
	“Não dá assim muita manobra para nós triarmos tudo e delinear um plano de ensino para aquele prestador porque também não tivemos tempo para o conhecer.” (P17)		

Por conseguinte, consideramos importante questionar os participantes do estudo sobre este programa, em concreto, os conteúdos a abordar, os intervenientes, o momento de início e a frequência das atividades e, por fim, a avaliação do programa.

➤ Conteúdos do Programa

Em primeiro lugar, para a elaboração de um programa de intervenção, após a definição dos seus objetivos, é imperativo definir os conteúdos a ser abordados, como tal, foram questionados os participantes deste estudo sobre esta temática. A análise das respostas permitiu definir as categorias (Quadro 9): “Experiência dos profissionais”, sendo que esta se encontra dividida em “Abordagem prática” (76%) e “Abordagem teórica” (52%); e “Necessidades do familiar cuidador” (33%).

Machado (2013) no seu estudo afirma que as intervenções de enfermagem analisadas correspondem aos domínios teórico e prático o que corrobora as categorias “Abordagem teórica” e “Abordagem prática”. Refere ainda os focos de atenção para os ensinamentos ao familiar cuidador, que estão em concordância com os vários conteúdos destas duas categorias: *“Conhecimento, Autocuidado, Prevenção de Úlceras de Pressão, Suporte, Prevenção de quedas, Ingestão Nutricional, Aprendizagem de capacidades, Gestão do Regime Terapêutico, Medo, Stress do Prestador de Cuidados e Hidratação.”* (Machado, 2013, p. 191).

Também a categoria “Abordagem teórica” é comprovada por Andrade (2013) que aborda as necessidades formativas dos familiares cuidadores, nomeadamente, do evento gerador de dependência, dos sinais e sintomas de alarme numa situação de urgência ou complicação pós-operatória, do regime medicamentoso e dos cuidados exigidos para o exercício do papel.

Rocha et al. (2016) defendem que as intervenções de enfermagem, não só, devem visar a recuperação da independência funcional e a promoção da deambulação, mas também, admitem que existem familiares cuidadores que adaptam a sua casa, de forma a eliminar as barreiras arquitetónicas que possam prejudicar o idoso com FEFP e a possibilitar que este tenha espaço para deambular com apoio de um auxiliar de marcha, o que vai de encontro com as narrativas que mencionam as barreiras arquitetónicas e o treino de marcha.

Ainda, em relação às narrativas que dizem respeito à prevenção de quedas, Avila et al. (2015) no seu estudo concluíram que 42,7% dos familiares cuidadores demonstraram conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, no entanto, apenas 14,6% receberam

orientações de profissionais de saúde sobre prevenção de quedas em idosos. Estes autores salientam que é necessário que os enfermeiros direcionem as suas práticas para o ensino dos familiares cuidados sobre esta temática.

Em relação à categoria “Necessidades do familiar cuidador” Schiller et al. (2015) referem que o trabalho com o idoso e o familiar cuidador deve incorporar as suas perspetivas, avaliando as necessidades e as preferências destes clientes. Fernandes e Angelo (2016) reportam que o familiar cuidador apresenta carências de conhecimento e aprendizagens para o autocuidado, sendo estas necessidades de carácter progressivo, nas quais “o saber fazer” tem maior relevância na fase inicial do processo do cuidar. Rocha et al. (2016) consideram que é necessário avaliar as necessidades do familiar cuidador, tendo em conta os fatores psicológicos que o influenciam no desenvolvimento do seu papel. Acrescentam ainda que deveriam existir centros de pesquisa *online* para a consulta destas informações educativas.

Quadro 9 - Conteúdos do programa

Dimensão: CONTEÚDOS DO PROGRAMA				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Experiência dos enfermeiros	Abordagem prática	“...a gente já tem acesso à medicação com que vai ... mas logo que seja possível, se levar a enoxaparina, fazer ensinios, que é para pelo menos chegar ao momento da alta.” (P10)	16	76
		“Os autocuidados, uma vez que com uma fratura do colo do fémur precisa de ajuda praticamente para tudo.” (P13)		
		“...com especial relevo na marcha, na deambulação, para tornar a pessoa o mais autónomo possível. Treinando com o doente e com o familiar cuidador.” (P14)		
		“...às vezes nestes doentes idosos como também aparece algumas dificuldades na alimentação, a questão da disfagia que às vezes também surgem, os estados de consciência também que muitas vezes vemos familiares a tentar alimentar um doente que não está suficientemente acordado...” (P15)		
	Abordagem teórica	“...inicialmente fazer uma formação mais teórica, explicar o que é a cirurgia...E mostrar os meios que nós temos no mercado, que as pessoas podem ou não adquirir, as ajudas técnicas que podem adquirir, o que é que existe porque muitas vezes até as pessoas não se importam de comprar...” (P5)	11	52

		<p>“...com as condições que as pessoas têm em casa, podem ter muito menos espaço, podem ter uma cama mais baixa que a nossa, mais alta, os fatores físicos são muito importantes, neste tipo de doentes, como é que é a casa de banho como é que as acessibilidades...” (P6)</p> <p>“...fatores de risco de úlceras de pressão” (P13)</p> <p>“...perceber em primeiro que não tem mal nenhum tocar no doente, não é por lhe tocar que lhe vão provocar dor ou vão desmontar aquilo que foi feito na cirurgia...” (P14)</p> <p>“E depois a parte física, do exercício, do movimento muscular, articular...” (P19)</p> <p>“As quedas por exemplo também, o uso de sapato adequado...” (P21)</p>		
	<p>Necessidades do familiar cuidador</p>	<p>“...começar a abordar tanto o cuidador como idoso e fazer uma avaliação prévia. Depois disso estabelecermos também as necessidades do doente e do familiar em termos de ensinamentos...” (P8)</p> <p>“...primeiro a avaliação do próprio cuidador, do grau de conhecimento, do grau de capacidade de aquisição de conhecimentos, identificar as necessidades que ele próprio pode não saber identificar as próprias necessidades que o familiar tem.” (P13)</p>	7	33

➤ **Intervenientes do Programa**

Os participantes deste estudo foram questionados sobre quem seriam os intervenientes do programa de intervenção pelo que emergiram as categorias (Quadro 10): “Equipa de enfermagem” subdividida em “Toda a equipa” (67%), “Especialistas em reabilitação” (29%), “Especialistas em médico-cirúrgica” (5%), “Enfermeira de referência” (10%); Assistente social (5%) e “Equipa multidisciplinar” (5%).

Relativamente à categoria “Equipa de Enfermagem”, Meleis (2010) corrobora referindo que o enfermeiro é o profissional ideal para os programas de intervenção, no sentido em que, consegue ajudar os clientes e respetivos familiares cuidadores a lidar com as transições, antecipando respostas, fornecendo orientações antecipadas, contribuindo para o bem-estar destes clientes e apoiar o desenvolvimento de ações de autocuidado.

A subcategoria “Especialista em reabilitação” está em sintonia com o Decreto-Lei nº 85/2019 onde está publicado o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação que refere que este profissional *“utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade...”* (Decreto-Lei nº 85/2019, p. 13565).

Também a subcategoria “Especialista em médico-cirúrgica” é corroborada pelo Decreto-Lei nº 135/2018 onde consta o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que menciona que estes cuidados especializados *“exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação...”* (Decreto-Lei nº 135/2018, p. 19360).

Os resultados da subcategoria “Enfermeiro de referência” estão em harmonia com o modelo de prestação de cuidados de enfermagem através do enfermeiro de referência uma vez que é um *“...modelo que favoreça a formação de vínculo entre profissionais e pacientes/família e que contribua para a prestação de um cuidado seguro com a minimização de riscos, além de possibilitar a continuidade da assistência...”* (Santos et al., 2019, p. 271).

Relativamente à categoria “Assistente social”, como já referimos anteriormente, as assistentes sociais no serviço de internamento hospitalar, desempenham funções importantes de acompanhamento dos familiares cuidadores nos apoios comunitários que estes possam precisar (Sims-Gould et al., 2015).

Por fim, a categoria “Equipa multidisciplinar” está de acordo com o que defende o Intermountain Healthcare (2017) que refere que cada cliente e respetivo familiar cuidador devem ser avaliados por uma equipa multidisciplinar para decidirem em conjunto a melhor intervenção de planeamento da alta.

Quadro 10 - Intervenientes do programa

DIMENSÃO: INTERVENIENTES DO PROGRAMA				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Equipa de enfermagem	Toda a equipa	“Eu acho que tinha que ser um programa para a equipa toda, até porque há muitas altas no fim de semana e não estão cá os enfermeiros de reabilitação, há muitas altas ao final do dia e durante a tarde e não estão cá os enfermeiros de reabilitação...” (P3)	14	67
	Especialistas em reabilitação	“Eu acho que a parte inicial, ou seja, a parte de fazer aquela abordagem, a avaliação, poderia ser os colegas da reabilitação porque estão cá em tempo diurno e semanal ...” (P11)	6	29
	Especialistas em médico-cirúrgica	“...um enfermeiro se calhar em médico-cirúrgica teria mais capacidade de avaliar e de estar mais próximo do prestador de cuidados e talvez tivesse mais facilidade em fazer os ensinamentos...” (P5)	1	5
	Enfermeira de referência	“...temos a enfermeira de referência que poderia ser aí o papel fulcral se conseguisse direccionar o trabalho dela até para esse lado.” (P7) “...a enfermeira de referência porque também faz a articulação entre a equipa multidisciplinar, a assistente social, os colegas, a equipa médica portanto acho que era muito importante participar deste projeto...” (P8)	2	10
Assistente social		“... nos casos em que seria necessário adaptações, e que se prevê que fosse necessário adaptações ao nível do domicílio, barreiras arquitetónicas, uma assistente social, no fundo para conseguir agilizar o processo de casa, se a pessoa tiver dificuldades ou não.” (P19)	1	5
Equipa multidisciplinar		“Toda a equipa multidisciplinar.” (P12)	1	5

➤ Início do programa

Na dimensão Início do programa emergiram as categorias (Quadro 11) “Determinado pela equipa de enfermagem” (48%) e “Determinado pelo familiar cuidador” (38%).

Sanclemente-Boli et al. (2019) no seu estudo quasi-experimental que teve como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção educacional multidisciplinar em clientes com FEPF, consideraram que o momento ideal para início do programa seria as primeiras 24 horas após a admissão deste tipo de clientes, o que está em concordância com as narrativas da categoria “Determinado pela equipa de enfermagem”.

Asif et al. (2019) defendem que o início do programa deve ser “Determinado pelo familiar cuidador” pois, nos estudos que analisaram, concluíram que geralmente é o familiar cuidador de clientes com FEPF que procura agendar o primeiro contato com a equipa de saúde.

Quadro 11 - Início do programa

Dimensão: INÍCIO DO PROGRAMA			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Determinado pela equipa de enfermagem	“Logo na entrada, porque se fizerem isso no fim não dá para limar dificuldades nenhuma. Os internamentos são curtos.” (P10)	10	48
	“Faria sentido iniciar o processo aqui, o ideal é trazer o familiar o quanto antes, marcar na entrevista com esse familiar segundo no próprio dia da primeira entrevista expô-lo Já aos cuidados que o familiar vai necessitar...” (P13)		
Determinado pelo familiar cuidador	“...tem que haver uma avaliação do cuidador como tudo e depois de acordo com a capacidade do cuidador é que nós vamos gerir...” (P9)	8	38
	“...da mesma forma que é importante a avaliação inicial do doente, teremos que ter um momento, nem que tivesse de ser agendado com o cuidador, fazer também uma abordagem.” (P11)		

➤ Frequência do programa

Na dimensão Frequência do programa surgiram as categorias (Quadro 12) “Determinada pela equipa de enfermagem” (33%) e “Determinada pelo familiar cuidador” (33%).

Machado (2013) refere que a frequência deve ser orientada pela avaliação das necessidades do familiar cuidador o que corrobora a categoria “Determinado pelo familiar cuidador”. Apesar da intervenção num familiar cuidador iniciado pressupor um maior número de ensinamentos, o familiar cuidador experiente pode se deparar com novas áreas de intervenção, necessitando também de ensinamentos ou corrigir erros dos cuidados que prestava antes do internamento.

Quadro 12 - Frequência do programa

Dimensão: FREQUÊNCIA DO PROGRAMA			
Categoria	Unidades de registo	N	%
Determinada pela equipa de enfermagem	“...eu penso que umas 3 vezes, 3 sessões meia hora cada uma eu acho que seria suficiente.” (P6)	7	33
	“Acho que é diário, a cada turno, cada colega novo que troca de cada turno, as coisas devem ser validadas.” (P19)		
Determinada pelo familiar cuidador	“Até o prestador de cuidados nos dizer, que se sentia com segurança para prestar os cuidados ao doente, porque eu acho que não pode ser só num dia, mas agendado com os familiares.” (P2)	7	33
	“Claro que a disponibilidade das famílias também vai ditar a frequência com que isto vai ser feito.” (P8)		

➤ Avaliação do programa

Por último, questionamos os participantes deste estudo sobre como avaliariam o programa de intervenção dirigido aos familiares cuidadores. Das respostas obtidas emergiram as categorias (Quadro 13): “Avaliação no hospital” subdividida em “Internamento” (29%), “Consulta pós-operatória” (14%), “Chamada telefónica” (14%) e “Registos de Enfermagem” (5%); “Avaliação no domicílio” ramificada em “Visita domiciliária” (57%), “ECCI” (19%) e “Enfermeiro de família” (14%).

Relativamente à subcategoria “Internamento”, Lin et al. (2012) defendem que deve existir uma avaliação do planeamento da alta dirigido ao familiar cuidador que foi realizado no internamento, pelo que referem alguns indicadores que podem ser considerados nesse momento: a duração do internamento, a taxa de readmissão no hospital, a taxa de complicações, a taxa de mortalidade, a condição de saúde do cliente, a satisfação do cliente e do familiar cuidador, o estado psicológico do cliente e do familiar cuidador, o custo do planeamento da alta para o hospital e a utilização de medicamentos.

Nahm et al. (2010) no seu estudo tiveram narrativas de cuidadores que revelavam muitas dificuldades em dirigir-se com o seu familiar idoso ao hospital para consultas pós-operatórias, o que está em dissonância com a subcategoria “Consulta pós-operatória”.

Ortiz-Piña et al. (2019) referem que o uso de chamadas telefónicas como monitorização dos clientes e familiares cuidadores no domicílio devem ser utilizados, o que está em concordância com a subcategoria “Chamada telefónica”.

Relativamente à subcategoria “Registos de Enfermagem” Machado (2013) afirma que a documentação das intervenções de enfermagem é uma premissa fundamental para a identificação das necessidades do binómio cliente-familiar cuidador e avaliação das intervenções implementadas. O autor acrescenta que os registos de enfermagem são essenciais para assegurar a continuidade de cuidados entre as entidades de saúde.

Em relação à subcategoria “Visita domiciliária” Rocha et al. (2016) realçam a importância da realização de visitas domiciliárias, no entanto, no seu estudo concluem que o foco de atenção desses momentos, muitas vezes, é apenas o idoso, não incluindo o familiar cuidador no planeamento das intervenções de enfermagem. Também Abreu et al. (2015) salientam a importância dos programas psicoeducacionais incluírem visitas domiciliárias. Acrescentam ainda que, no que diz respeito à avaliação, os programas deviam avaliar o impacto das intervenções praticadas na qualidade de vida dos cuidadores.

Machado (2013, p.305) refere que “...o enfermeiro de família/Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) são os profissionais melhor preparados para ajudarem a responder aos desafios da missão do cuidado informal.” o que está em sintonia com a subcategoria “Enfermeiro de família” e a subcategoria “ECCI”, uma vez que as ECCI estão inseridas nas Unidades de Cuidados da Comunidade.

Quadro 13 - Avaliação do programa

Dimensão: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA				
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%
Avaliação no hospital	Internamento	“Seríamos nós a avaliar, mas tinha de ser uma avaliação concreta, tem que se estabelecer datas para a avaliação, não pode ficar a avaliação em SOS. Se é um programa em que conforme se vai conseguindo alguma autonomia dos doentes, se vai insistindo noutros parâmetros, mas a avaliação tem que ser feita.” (P16)	6	29
		“Tinhas que criar um instrumento... podias avaliar na admissão e depois avaliavas mais tarde, no dia da alta, por exemplo.” (P20)		
	Consulta pós-operatória	“... a nível de gabinete, tentar que a pessoa, o prestador de cuidados e até mesmo o próprio utente, se conseguir se deslocar venha e que mostrem as dificuldades que tiveram, porque eles podem, vão receber uma série de informação mas depois falta saber se a vão realmente captar e se a conseguiram pôr para a realidade deles...” (P5)	3	14
		“...consulta médica que é passado um mês...ir lá o enfermeiro à consulta médica, perguntar se está a correr tudo bem.” (P6)		
	Chamada telefónica	“...fazermos, por exemplo, os enfermeiros do serviço de cirurgia ambulatório que telefonam para casa do doente.” (P2)	3	14
		“Eu acho que a única opção seria uma parte telefónica, a parte telefónica e isso teria que ser um contacto rápido e se calhar escalar de 1 a 10 e depois poderíamos perceber se está a ter algum efeito ou não, até seria interessante fazer as duas partes, os que têm e os que não têm.” (P11)		

	Registos de enfermagem	<p>“É assim, a única forma de avaliar, conseguir avaliar, é através dos registos, porque nós conseguimos avaliar algo sem ser pelos registos mas para dar visibilidade tem que ser pelos registos, portanto ao abrir, neste caso como estamos a falar em ensinios, tens que abrir o conhecimento e depois uma avaliação de acordo com a evolução do conhecimento, de acordo com as aprendizagens e depois no final...” (P9)</p>	1	5
Avaliação no domicílio	Visita domiciliária	<p>“...depois teria de ser avaliado à posteriori quando o doente regressa a casa e nesse sentido, eu acho que seria viável e claro que isto envolve, se calhar, um investimento maior em recursos humanos e tudo mais, mas uma visita domiciliária feita pelos enfermeiros do internamento ao domicílio ao fim de alguns dias após a alta...” (P8)</p>	12	57
		<p>“A equipa de enfermagem daqui fazerem visitas domiciliarias e identificarem novos fatores de risco que possam existir.” (P13)</p>		
	ECCI	<p>“...porque sendo que há agora ECCI, é complicado tu avaliares, mas esse programa deveria ser extensível à equipa de ECCI e ver se depois eles podiam avaliar uma segunda vez lá em casa, dar a continuidade dessas intervenções...” (P3)</p>	4	19
		<p>“Mas existe ECCI em casa, não existe? Eles é que podiam dar o <i>feedback</i> da continuidade de cuidados.” (P10)</p>		
Enfermeiro de família	<p>“...fazer uma referenciação ao enfermeiro de família, para depois ir a casa ver se é preciso mais alguma coisa, para dar seguimento aos cuidados...” (P1)</p>	3	14	
	<p>“...falarmos com o enfermeiro de família para acompanhar, acho que era interessante fazer esse trabalho.” (P2)</p>			

CONCLUSÃO

Aliado ao incremento do número de pessoas idosas e à incidência de quedas, as FEFP têm sofrido um aumento exponencial nos últimos tempos, requerendo uma hospitalização. O declínio funcional dos clientes com FEFP, após a cirurgia, indica a necessidade de existir um familiar cuidador, uma vez que, a maioria destes clientes idosos, quando têm alta, regressam ao domicílio (Sanclemente-Boli et al., 2019). Desta forma, a preparação do familiar cuidador deve ser priorizada, utilizando programas estruturados, para que o idoso e respetivo familiar sintam que estão reunidas as condições de segurança para a alta hospitalar.

Assim, com a realização deste estudo confirmamos que a investigação em enfermagem exige uma sensibilidade, ousadia e inovação por parte do investigador, tendo sempre em conta o contexto da investigação e a realidade social (Maagh et al., 2009).

Este estudo teve como questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de Ortopedia sobre a preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com FEFP? e foram definidos como objetivos: Conhecer a forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP; Analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar; Identificar o processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador e Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de Ortopedia sobre a elaboração de um programa de preparação da alta dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP.

Respeitando, quer a questão de investigação e os objetivos, quer o paradigma da investigação qualitativa, procedemos à realização de 21 entrevistas semiestruturadas a profissionais de enfermagem que trabalham diariamente com idosos com FEFP e respetivos familiares cuidadores.

Os resultados deste estudo mostraram que 57% dos participantes eram do sexo feminino e 57% era casada. Apresentavam idades entre os 36 e os 45 anos (43%) e terminaram a licenciatura em enfermagem entre 2001 e 2010 (48%). Verificamos ainda que 76% dos participantes possuía o grau de licenciado, 90% tinha a categoria de enfermeiro e 43% exerciam funções no serviço de ortopedia há menos de cinco anos.

Relativamente à utilização de instrumentos de avaliação da funcionalidade do idoso com FEFP, os resultados revelaram que quase metade dos profissionais se situavam na categoria

“Não utilizam/Inexistente” (48%). Quanto aos critérios para a alta desse cliente, a categoria mais relevante foi o “Suporte social assegurado” (67%). Já no encaminhamento do idoso após a alta, a categoria mais prevalente foi o “Papel da Assistente social” (62%). No que diz respeito ao envolvimento do familiar cuidador no processo de preparação da alta do idoso com FEPE, a categoria “Solicitação do familiar cuidador” tem maior destaque em contraste com a categoria “Iniciativa dos enfermeiros”, com 43% e 29% respectivamente.

Em relação à forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPE, concluímos que as categorias que mais se destacam são a “Cliente” (62%) e a “Primeira visita” (57%) de um familiar.

Já na análise da percepção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar, observamos que os profissionais atribuem importância a essa avaliação, contudo as categorias com maior relevo foram a “Informal” (38%) e a “Inexistente” (33%).

Por último pretendeu-se conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de Ortopedia sobre a elaboração de um programa de preparação da alta dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPE, os participantes mencionaram estar “A favor” (81%) da existência de um programa. Portanto, prosseguimos com as questões relacionadas com a elaboração do programa nomeadamente, os conteúdos, os intervenientes, o início, a frequência e a avaliação.

Quanto aos conteúdos a categoria mais enfatizada é a “Experiência dos profissionais”, que aparece dividida em duas abordagens: “Prática” (76%) e “Teórica” (52%). Relativamente aos intervenientes, verifica-se um destaque na categoria “Toda a Equipa” (67%) de enfermagem.

Sobre o início do programa, a categoria “Determinado pela equipa de enfermagem” (48%) aparece com maior destaque, já a frequência do programa as categorias “Determinada pela equipa de enfermagem” e “Determinada pelo familiar cuidador” aparecem com igual distribuição de 33%. Por fim, no que concerne a avaliação do programa, os enfermeiros elencaram vários métodos, mas a categoria “Visita domiciliária” (57%) reuniu um maior consenso.

Face aos resultados, consideramos que os familiares cuidadores de pessoas idosas devem ser informados e apoiados no desempenho do seu papel, tornando-se imprescindível a

existência de programas de orientação e formação, sendo que os enfermeiros devem estar envolvidos na sua criação (Abreu, 2019; Landeiro et al., 2016).

Gostávamos de salientar que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é um profissional que tem competências diferenciadas e relacionadas com esta temática, em especial *“Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”* (Decreto de lei nº135/2018, p. 19359).

Importa referir que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, os participantes pertencerem todos ao mesmo serviço de internamento, o que não possibilitou conhecer outras realidades e o facto de a investigadora principal exercer funções no local onde se desenvolveu este estudo. Como dificuldade podemos apontar, o facto de existirem poucos estudos, realizados com enfermeiros, sobre a preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com FEFP, que não permitiu uma discussão mais exaustiva dos nossos resultados.

Esperamos que, muito em breve, esta investigação possa contribuir para o desenvolvimento de um programa estruturado, orientado para o familiar cuidador, proporcionando cuidados de enfermagem significativos para estes clientes e, conseqüentemente, para as pessoas idosas com FEFP que são admitidas nos serviços de ortopedia.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, M., Silva, L. A., Costa, N., & Abreu, W. (2015). Psychoeducational programs for informal caregivers of dependent older adults: Barriers to participation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, p. 629–634. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.170Get
- Abreu, M. (2019). Prefácio. In L. A. Reis & L. A. Reis, *Envelhecimento e Longevidade – Novas Perspectivas e Desafios* (pp. 21-46). Brasília: Technopolitik.
- Almeida, E. J., Carvalho, A. V., Nunes, C. R., & Kiffer, J. C. (2017). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de fratura do colo do fêmur na população idosa. *Revista Científica Interdisciplinar*, 2 (06), p. 65-81. Recuperado de <http://www.multiplosacessos.com/multAccess/index.php/multaccess/article/view/19>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2009). *Hip fractures*. Recuperado de <https://www.orthoinfo.org/en/diseases--conditions/hip-fractures/>
- Andrade, C. M. S. M. (2013). *Membro da Família Prestador de Cuidados Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/15493>
- Asif, M., Cadel, L., Kuluski, K., Everall, A. C., & Guilcher, S. (2019). Patient and caregiver experiences on care transitions for adults with a hip fracture: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 12, p. 1-10. doi: 10.1080/09638288.2019.1595181
- Avila, M. A. G., Pereira, G. J. C., & Bocchi, S. C. M. (2015). Cuidadores informais de idosos em pós-operatório de cirurgia de fêmur proximal: Prevenção de novas quedas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (6), p. 1901-1907. doi: 10.1590/1413-81232015206.17202014
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bizerra, C. D. A., Gonçalves, R. F., Carmo, A. F. S., Mendes, R. N. C., & Moura, L. A. (2014). Quedas de idosos: Identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6 (1), p. 203-212. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p203
- Brent, L., Hommel, A., Maher, A. B., Hertz, K., Meehan, A. J., & Santy-Tomlinson, J. (2018). Nursing care of fragility fracture patients. *Injury*, 49 (8), p. 1409-1412. doi: 10.1016/j.injury.2018.06.036
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (Tese de Doutorado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. 5th edition ed. Oxford: Oxford University Press.

- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. *Nursing Research Methodology*, p. 237-257. Recuperado de <https://repository.upenn.edu/nrs/9/>
- Daniachi, D., Netto, A. S., Ono, N. K., Guimarães, R. P., Polesello, G. C., & Honda, E. K. (2015). Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em pacientes idosos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 50 (4), p. 371-377. doi: 10.1016/j.rboe.2015.06.007
- Decreto-Lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República: Série I-A, nº 109. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Decreto-Lei nº 136/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: Série I, nº 145. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/69879425>
- Decreto-Lei nº 135/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República: Série II, nº 135. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Decreto-Lei nº 85/2019 do Ministério da Saúde (2019). Diário da República: Série II, nº 85. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso - Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=3&back=1&mid=5005&id=5544>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Esquenazi, D., Silva, S. R. B., & Guimarães, M. A. M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, 13 (2), p. 11-20. doi: 10.12957/rhupe.2014.10124
- Fernandes, A. J. S. (2016). *A intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação nos idosos com fratura proximal do fémur*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.22/8776>
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (4), p. 675-682. doi: 10.1590/S0080-623420160000500019
- Fonseca, C., Marta, M., Dias, J., Pinto, R., Bettencourt, P., Maciel, J., & Araújo, F. (2015). Fratura da extremidade proximal do fémur: Abordagem peri-operatória do doente medicado com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 24 (4), p. 105-114. doi: 10.25751/rspa.7153
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, L. G.; Kindermann, A. L.; Tramuja, L.; & Kock, K. S. (2016). Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fraturas de fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 51 (5), p. 509-514. doi: 10.1016/j.rbo.2015.10.009
- Fuhrmann, A. C., Bierhals, C. C. K., Santos, N. O., & Paskulin, L. M. G. (2015). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (1), p. 14-20. doi:10.1590/1983-1447.2015.01.49163

- Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS. (2017). *Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais*. Recuperado de http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF
- Glenny, C., Stolee, P., Sheiban, L., & Jaglal, S. (2013). Communicating during care transitions for older hip fracture patients: Family caregiver and health care provider's perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 13, p. 01-13. doi: 10.5334/ijic.1076
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: Reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20 (2), p. 645-657. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/49428>
- Graça, T. U. S., Bocchi, S. C. M., Fusco, S. F. B., & Avila, M. A. G. (2018). The experience of the informal caregiver in the light of the General Theory of Nursing. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16 (3), p. 355-365. doi: 10.17665/1676-4285.20175649
- Haleem, S., Lutchman, L., Mayahi, R., Grice, J. E., & Parker, M. J. (2008). Mortality following hip fracture: Trends and geographical variations over the last 40 years [Abstract]. *Injury*, 39 (10), p. 1157-1163. doi: 10.1016/j.injury.2008.03.022
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). *Estimativas de População Residente em Portugal – 2018*. Recuperado de www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- Intermountain Healthcare. (2017). *Management of Geriatric Hip Fracture*. April. Recuperado de <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=529346331>
- International Council of Nurses (ICN). (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE*. Browser online. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Khayyal, H., Moshera, G., Hanaa, I., & Mohamed, K. (2016). Effect of implementing a discharge plan on functional abilities of geriatric patients with hip fractures. *Journal of Education and Practice*, 7 (5), p. 42-52. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1092389>
- Landeiro, M. J. L., Martins, T. V., & Peres, H. H. C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), p. 01-09. doi: 10.1590/0104-070720160000430015
- Lin, C., Cheng, S., Shih, S., Chu, C., & Tjung, J. (2012). Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*, 6, p. 237-240. doi: 10.1016/j.ijge.2012.05.001
- Loures, F. B., Chaoubah, A., Oliveira, V. M., Almeida, A. M., Campos, E. M. S., & Paiva, E. P. (2015). Análise econômica do tratamento cirúrgico de fratura do quadril em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 49 (12), p. 01-07. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005172
- Maagh, S. B., Zillmer, J. G. V., Quadros, L. C. M., Ferreira, S. G., Linck, C. L., Schwartz, E., . . . Lange, C. (2009). Pesquisa em enfermagem: construindo

- caminhos para assistir. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 3 (2), p. 755-759. doi: 10.5205/reuol.149-181-1-RV.0303200942
- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/15344>
- Marinho, M. S., Lima, P. V., Reis, L. A., & Reis, L. A. (2019). Capacidade funcional e longevidade: Aspectos epidemiológicos e clínicos. In L. A. Reis & L. A. Reis, *Envelhecimento e Longevidade – Novas Perspectivas e Desafios* (pp. 21-46). Brasília: Technopolitik.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), p. 62-66. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L. Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), p. 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), p. 143-151. doi: 10.12707/RIV14003
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2018). Apoio e capacitação dos cuidadores familiares: Programa de intervenção de enfermagem. *Millenium*, 2 (5), p. 73-80. doi: 10.29352/mill0205.07.00171
- Mendonça, M. C. (2017). *Do hospital à comunidade: A problemática das altas precoces na pessoa Idosa dependente com fratura da extremidade proximal do fémur*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20912>
- Ministério da Saúde (MS) & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Morri, M., Forni, C., Marchioni, M., Bonetti, E., Marseglia, F., & Cotti, A. (2018). Which factors are independent predictors of early recovery of mobility in the older adults' population after hip fracture? A cohort prognostic study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 138, p. 35–41. doi: 10.1007/s00402-017-2803-y
- Nahm, E. S., Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J., & Degrazia, M. (2010). Exploration of informal caregiving following hip fracture. *Geriatric Nursing*, 31 (4), p. 01-13. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.01.003
- Nascimento, J. S., & Tavares, D. M. S. (2016). Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (2), p. 01-09. doi: 10.1590/0104-07072016000360015

- National Hip Fracture Database. (2014). *Falls and fragility fracture audit programme. National Hip Fracture Database Extended Report 2014*. Royal College of Physicians, London. Recuperado de [https://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/vwcontent/2014reportPDFs/\\$file/NHFD2014ExtendedReport.pdf](https://www.nhfd.co.uk/20/hipfractureR.nsf/vwcontent/2014reportPDFs/$file/NHFD2014ExtendedReport.pdf)
- Neto, A. A. D. S., Silva, P. R., Nascimento, C. H. O., & Souza, C. S. (2017). Fratura de fêmur em idosos hospitalizados: Revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 4 (2), p. 203-214. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4526>
- Neuman, M. D., Archan, S., Karlawish, J. H., Schwartz, J. S., & Fleisher, L. A. (2009). The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: A meta-analysis of clinical pathways for hip fracture [Abstract]. *J Am Geriatr Soc*, 57 (11), p. 2046-2054. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02492.x
- Next Step in Care. (2013). *Identifying the family caregiver: Guide for health care providers*. United Hospital Fund. Recuperado de https://www.nextstepincare.org/uploads/File/Guides/Provider/Identifying_Family_Caregivers.pdf
- Nunes, G. C., Nascimento, M. C. D., & de Alencar, M. A. C. (2016). Pesquisa científica: Conceitos básicos. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 10 (29), p. 144-151. doi: 10.14295/idonline.v10i1.390
- Odén, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., & Kanis, J. A. (2013). Assessing the impact of osteoporosis on the burden of hip fractures [Abstract]. *Calcified Tissue International*, 92 (1), p. 42-49. doi: 10.1007/s00223-012-9666-6
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, . . . Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala families' importance in nursing care – nurses attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45 (6), p. 1331-1337. doi:10.1590/S0080-62342011000600008
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01
- Ortiz-Piña, M., Salas-Fariña, Z., Mora-Traverso, M., Martín-Martín, M., Galiano-Castillo, N., García-Montes, I., . . . Ariza-Vega, P. (2019). A home-based tele-rehabilitation protocol for patients with hip fracture called @ctivehip. *Research in Nursing Health*, 42, p. 29–38. doi: 10.1002/nur.21922
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, editora lda. 2ª edição.
- Petronilho, F. (2008). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, p. 43-58. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1822/21668>
- PORDATA. (2019). *Índice de Dependência de Idosos em Portugal*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%A2ncia+de+idosos-461>

- Rehabilitative Care Alliance. (2018). *Rehabilitative Care Best Practices for Patients with Hip Fracture*. Recuperado de http://www.rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/QBP/UPD/ATED_January_2018_Hip_Fracture_QBP_Rehabilitative_Best_Practices_Framework.pdf
- Ribeiro, Y. H. C. P., & Romão, J. F. F. (2017). *Métodos de avaliação da funcionalidade do idoso e sua correlação com a CIF: Revisão integrativa*. (Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa, Universidade de Brasília, Brasília). Recuperado de <http://bdm.unb.br/handle/10483/18565>
- Rocha, S. A., Avila, M. A. G., & Bocchi, S. C. M. (2016). Influência do cuidador informal na reabilitação do idoso em pós-operatório de fratura de fêmur proximal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (1), p. 01-09. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.51069
- Rodakowski, J., Rocco, P. B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S. C., . . . James, A. E. (2017). Caregiver integration during discharge planning for older adults to reduce resource use: A metaanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 65 (8), p. 1748–1755. doi: 10.1111/jgs.14873
- Saletti-Cuesta, L., Tutton, E., Langstaff, D., & Willett, K. (2016). Understanding patient and relative/carer experience of hip fracture in acute care: A qualitative study protocol. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 25, p. 36-41. doi: 10.1016/j.ijotn.2016.09.002
- Sanclémente-Boli, T., Ponce-Ruiz, S., Álvarez-Lorenzo, C., Zuriguel-Pérez, E., Tapia-Melenchon, R., Ramentol-Sintas, M., . . . Mestre-Torres, J. (2019). Efectividad de una intervención educativa multidisciplinar en pacientes con fractura de fémur: Estudio SWEET HOME. *Medicina Clínica*, (Barc), p. 01-08. doi: 10.1016/j.medcli.2019.02.026
- Santos, C. I. R. R. (2010). *Os custos das fracturas de etiologia osteoporótica em mulheres: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade*. (Tese de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/6055>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49, p. 153-171. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, K. C. B., Cavalcante, T. B., Ribeiro, A. S. F., Alencar, T. R. G., Fontenele, A. M. M., & Santos, D. M. A. (2019). Implantação do modelo enfermeiro de referência em um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 13 (1), p. 268-274. doi: 10.5205/1981-8963-v13i01a236542p268-274-2019
- Schiller, C., Franke, T., Belle, J., Sims-Gould, J., Sale, J., & Ashe, M. C. (2015). Words of wisdom - patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 9, p. 57–64. doi: 10.2147/PPA.S75657

- Schumacher, K. L. (1996). Reconceptualizing family caregiving: Family-based illness care during chemotherapy. *Research Nursing Health*, 19, p. 261-271. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199608)19:4<261::AID-NUR1>3.0.CO;2-G
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 12, p. 77-99. Recuperado de <https://journals.openedition.org/ras/740>
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiologia das fraturas do fêmur proximal na população idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31 (10), p. 562-567. doi: 10.20344/amp.10464
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Franke, T., & Stolee, P. (2015). “When things are really complicated, we call the social worker”: Post-hip-fracture care transitions for older people. *Health & Social Work*, 40 (4), p. 257–265. doi: 10.1093/hsw/hlv069
- Sims-Gould, J., Stott-Eveneshen, S., Fleig, L., McAllister, M., & Ashe, M. C. (2017). Patient perspectives on engagement in recovery after hip fracture: A qualitative study. *Journal of Aging Research*, 2017, p. 01-09. doi: 10.1155/2017/2171865
- Soares, D. S., Mello, L. M., Silva, A. S., Martinez, E. Z., & Nunes, A. A. (2014). Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: Análise espaço-temporal de 2008 a 2012. *Cad. Saúde Pública*, 30 (12), p. 2669-2678. doi: 10.1590/0102-311X00218113
- Streubert, H. J., & Carpenter, R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S., Stolee, P., & The InfoRehab Research Team. (2012). Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International Journal of Integrated Care*, 12, p. 01-14. doi: 10.5334/ijic.797
- Tseng, M., Shyu, Y., & Liang, J. (2012). Functional recovery of older hip-fracture patients after interdisciplinary intervention follows three distinct trajectories. *The Gerontologist*, 52 (6), p. 833–842. doi:10.1093/geront/gns058
- Venâncio, B., Almeida, A., & Filipe, M. (2019). O impacto económico da prevenção de quedas em idosos: uma análise custo--utilidade à intervenção das Equipas de Cuidados Continuados Integrados. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 11 (1), p. 34-41. doi: 10.21115/JBES.v11.n1.p34-41
- Veras, M. L. M., Teixeira, R. S., Granja, F. B. C., & Batista, M. R. F. F. (2015). Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. *Revista Interdisciplinar*, 8 (2), p. 113-122. Recuperado de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/551>
- Vieira, A. A. U., Aprile, M. R., & Paulino, C. A. (2014). Exercício físico, envelhecimento e quedas em idosos: Revisão narrativa. *Revista Equilíbrio Corporal Saúde*, 6 (1), p. 23-31. doi: 10.17921/2176-9524.2014v6n1p%25p

- Watkins, L., Hall, C., & Kring, D. (2012). Hospital to home a transition program for frail older adults. *Professional Case Management*, 17 (3), p. 117-123. doi: 10.1097/NCM.0b013e318243d6a7
- World Health Organization (WHO). (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Recuperado de https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization (WHO). (2012). *Good health adds life to years*. Recuperado de http://www.who.int/world_health_day/20

ANEXOS

ANEXO I – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

No âmbito da dissertação “A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur: perceção dos enfermeiros do serviço de ortopedia” do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a seguinte entrevista destina-se a conhecer a perceção dos enfermeiros do serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) sobre a preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com FEFP.

Participantes: Enfermeiros generalistas do serviço de Ortopedia da ULSM.

Objetivos:

- Conhecer a forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP;
- Analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar;
- Identificar o processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de ortopedia sobre a elaboração de um programa estruturado dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJETIVOS	QUESTÕES
Apresentação e legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">- Motivar à participação na entrevista.- Legitimar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do estudo e objetivos.- Solicitar a participação no estudo, destacando a importância do mesmo.- Entrega e assinatura da declaração de consentimento informado.
Caraterização dos entrevistados	<ul style="list-style-type: none">- Caraterizar os participantes do estudo	Questionar: <ul style="list-style-type: none">- Sexo- Idade- Habilitações académicas- Experiência profissional- Experiência profissional no serviço de

		Ortopedia
Identificação do familiar cuidador	- Conhecer a forma como os enfermeiros identificam os familiares cuidadores da pessoa idosa com FEFP;	- O que é para si um cuidador? - No seu quotidiano como é que define quem será o cuidador de determinado cliente?
Potencial do familiar cuidador	- Analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos familiares cuidadores para o papel que vão desempenhar;	- Que critérios utiliza para avaliar o potencial de um familiar ser o cuidador de determinado cliente?
Preparação da alta	- Identificar o processo de preparação da alta dirigida ao familiar cuidador.	- Poderia me descrever qual o trabalho realizado com o cuidador no seu serviço? - No seu local de trabalho, existe algum programa/procedimento orientador dos ensinios ao cuidador? - Se sim, poderia descrever em que consiste? - Com que frequência faz ensinios ao prestador de cuidados? - Quais as áreas que privilegia nos ensinios ao prestador de cuidados? - Como documenta os ensinios? - Quais as dificuldades que sente durante os ensinios ao prestador de cuidados?
Programa de intervenção	- Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço de ortopedia sobre a	- Considera necessária a formação sobre os ensinios ao prestador de cuidados? - Frequentou alguma?

	elaboração de um programa estruturado dirigido aos familiares cuidadores da pessoa idosa com FEPF.	<p>- O que pensa sobre a existência de um programa de intervenção de enfermagem dirigido ao cuidador?</p> <p>-Na sua opinião, como é que um programa deste género deveria ser desenvolvido?</p>
--	--	---

ANEXO II – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

Ana Rita Capela Oliveira, enfermeira no serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto do ano letivo 2018/2019, no âmbito da unidade curricular Dissertação, pretende desenvolver o estudo "A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur: perceção dos enfermeiros do serviço de ortopedia" sob orientação da Professora Doutora Margarida da Silva Neves Abreu da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este documento serve para garantir que participa neste estudo, após ter sido devidamente informado/a e esclarecido/a acerca das condições de participação.

Pretende-se com este estudo, através da realização de entrevistas, conhecer a sua opinião sobre a preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur no serviço de Ortopedia. A entrevista terá a duração estimada de 45 minutos e de forma a facilitar a recolha e análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à gravação da entrevista em formato áudio.

A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar/divulgar a sua identidade.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída. Informamos ainda da possibilidade de os participantes poderem ter acesso aos resultados do estudo, caso tenham interesse.

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar e em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo.

Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Data: ____/____/____

O/a participante: _____

A investigadora principal: _____

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética

<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HISPANO</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Nº 09/CE/JAS</p> <p>Data: 18-01-2019</p>
---	-------------------	---

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A preparação do Assunto:familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fractura da extremidade proximal do fémur: percepção dos enfermeiros do serviço de ortopedia"


INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fractura da extremidade proximal do fémur: percepção dos enfermeiros do serviço de ortopedia", cuja autora é a Enfª Ana Rita Capela Oliveira no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Recebida a resposta à questão levantada, a Comissão de Ética deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

 **Dr. José Alberto Silva**
Presidente da Comissão de Ética
da ULISM Matosinhos

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULISM, E.P.E.)

ANEXO IV – Autorização do Conselho de Administração

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 10/ 19 / SGC Data: 2019/01/18
--	------------	-------------------------------------

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

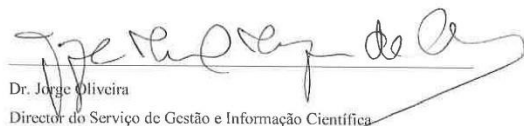
INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado "*A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fractura da extremidade proximal do fémur: perceção dos enfermeiros do serviço de ortopedia*", cuja autora é a Enf. Ana Rita Capela Oliveira no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em anexo a informação respectiva.

Com os melhores cumprimentos,


Dr. Jorge Oliveira
Director do Serviço de Gestão e Informação Científica

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 10/ 19 / SGC Data: 2019/01/18
--	-------------------	---

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

Autorizado


CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
 Prof. Doutor TAVEIRA GOMES 20/1/18


 Presidência: Prof. Doutor TAVEIRA GOMES

Dr.ª BEATRIZ OLIVEIRA Vogal
 Doutora MAFARANIDA TEPE Enfermeira Diretora
 Mes.ª CARLOS MOUTA Vogal
 Diretor Clínico: Dr.ª TERESA FERNANDES Vogal

PARECER

Após parecer


ULSM, EPE
TAVEIRA GOMES
 Diretor Clínico CA 20/1/18

ULSM 23/01/19 08:17:17