



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**As vivências da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur  
na transição para casa**

Ana Gracinda Oliveira Lopes de Figueiredo

Coimbra, novembro de 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**As vivências da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur  
na transição para casa**

Ana Gracinda Oliveira Lopes de Figueiredo

**Orientador:** Mestre Fernando Manuel Dias Henriques, professor coordenador da  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, novembro de 2018

*“O espírito da reabilitação (...) é o testemunho de uma atenção subtil dada às pessoas, às coisas que lhes acontecem ao longo da existência, que as tornam diferentes daquilo que eram antes e que afetam igualmente aqueles que as rodeiam.”*

Hesbeen (2003, p.35)

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos meus dois filhos:  
Gustavo & Adriano,  
a minha fonte de alegria e inspiração na vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Sr. Professor Fernando Henriques, orientador desta dissertação, pela orientação que me proporcionou, pela partilha de conhecimento, pela ajuda e por toda a sua disponibilidade e serenidade que permitiu manter um equilíbrio tão saudável ao longo do percurso;

Aos meus pais, que me deram vida e me ensinaram a vivê-la, acompanhando todas as minhas conquistas;

Ao meu marido Fábio, por ser porto de abrigo, pela presença em todas as horas, pelo apoio, ajudando-me a acreditar que era capaz, e ainda pela ajuda preciosa na reta final do trabalho;

À minha família, porque acreditam em mim;

Aos participantes, que partilhando connosco as suas experiências e vivências tornaram possível a concretização deste estudo e permitiram-nos crescer enquanto Enfermeira;

Às colegas Enfermeiras de Reabilitação, que gentilmente permitiram o contacto com os participantes;

À Catarina, á Mariana e ao António pela ajuda que me deram, para além da amizade;

Às amigas de sempre, pela ajuda, estímulo, força e incentivo!

A todos, a minha inestimável gratidão.

Muito obrigada!

## LISTA DE SIGLAS

AC	Autocuidado
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADM	Amplitude de Movimento
AIVD'S	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ATA	Artroplastia Total da Anca
AVD'S	Atividades de Vida Diária
CD	Código Deontológico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação
ESENF	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
EUNESA	<i>European Network for Safety among Elderly</i>
FA	Fratura da Anca
FC	Familiar Cuidador
FEPF	Fratura da Extremidade Proximal do Fémur
FES	Estimulação Elétrica Funcional
FM	Força Muscular
GAIA	Avaliação do Grau de Autonomia e Independência no Autocuidado
ICN	<i>International Council of Nurses</i>

MFPC	Membro da Família Prestador de Cuidados
OE	Ordem dos Enfermeiros
PC	Prestador de Cuidados
QDV	Qualidade de Vida
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
UMCSP	Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários

## RESUMO

As fraturas da extremidade proximal do fêmur (FEPF) têm vindo a aumentar, e são hoje em dia uma importante causa de dependência de terceiros, perda de mobilidade e incapacidade funcional, com grandes repercussões na vida das pessoas e das suas famílias.

**Este estudo inscreve-se no domínio** da transição para casa da pessoa que sofreu um episódio súbito de FEPF e que foi submetida a tratamento cirúrgico. Pretende-se conhecer as vivências deste processo de transição, a nível do seu impacto, mudanças e desafios de adaptação.

**O estudo realizado teve como finalidade** contribuir para a expansão do conhecimento sobre as vivências da transição para casa da pessoa com FEPF, obter evidências para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, reunir contributos de apoio à tomada de decisão dos Enfermeiros e promover práticas clínicas favorecedoras de transições bem-sucedidas.

**O objetivo central** que dirigiu o estudo foi conhecer as vivências da pessoa com FEPF na transição para casa, nomeadamente, compreender como é que os participantes sentem, compreendem, interpretam, experienciam e representam este fenómeno na sua vida, ao nível do seu percurso de reabilitação e desafio de adaptação.

**Como objetivos específicos**, delineou-se: conhecer como é que a pessoa com FEPF experienciou a vivência da transição para casa, identificando os sentimentos e emoções associados; compreender como é que a pessoa com FEPF experienciou o seu percurso de reabilitação, analisando os sentimentos e emoções vivenciados; compreender o processo de adaptação da pessoa com FEPF na transição para casa e identificando os sentimentos e emoções inerentes.

**Foi realizado um estudo** de perfil qualitativo, cariz fenomenológico e de carácter exploratório, descritivo e transversal. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional e em *bola de neve*. Os dados foram colhidos com recurso à entrevista

semiestruturada. A análise dos dados seguiu como fio condutor o método proposto por Giorgi e Sousa (2010).

**Os principais achados** mostram-nos que, na transição para casa, a pessoa que sofreu FEPP é confrontada com o fenómeno da dependência, representando um momento de grande complexidade e vulnerabilidade. Os participantes foram confrontados com novas exigências no percurso de readaptação à mudança, e necessidade de estratégias de adaptação à sua nova condição de vida, procurando formas de reconstrução de uma nova autonomia.

**Estes resultados** indicam-nos a necessidade de repensar o modelo de planeamento da transição para casa da pessoa com FEPP, no que respeita à articulação e continuidade dos cuidados de reabilitação, capacitação do cuidador, antecipação de barreiras e dificuldades e maior atenção à multidimensionalidade do fenómeno na implementação de estratégias de Enfermagem potenciadoras de uma transição saudável.

**Palavras-chave:** Fratura da Extremidade Proximal do Fémur, Enfermagem de Reabilitação, Vivências da transição para casa, Adaptação

## **ABSTRAT**

Proximal end femoral fractures (PEFF) have been increasing, and nowadays are an important cause of third-party dependence, loss of mobility and functional disability, with great repercussions on the lives of people and their families.

**This study belongs to the domain** of the home transition of the person who suffered a sudden episode of PEFF submitted to surgical treatment, aiming do know the experience of this process at the level of its impact, changes and challenges of adaptation, since it is consensual that this is an important cause of third-party dependence, loss of mobility and functional disability.

**The purpose of the study was to** contribute to the expansion of the knowledge on the experience of the home transition of the person with PEFF and gathering evidence to contribute for improving nursing care quality, gathering contributions supporting nursing decision-making and clinical practice in favour of successful transitions.

**The central goal** who guided the study was knowing the life experience of the person with PEFF in the home transition, namely, how they feel, understand, interpret, experience and represent this phenomenon in their lives, during the course of rehabilitation and the adaptation challenge. Specifically, it was intended to know how the person with PEFF experienced the home transition process, identifying the associated feelings and emotions; understanding how the person with PEFF experienced his rehabilitation course, analyzing the experienced feelings and emotions; understanding the process of adaptation of the person with PEFF in the home transition and identifying the inherent feelings and emotions.

**A qualitative study of** phenomenological nature and exploratory, descriptive and transversal profile **was conducted**. The selection of participants occurred in an intentional mode and in *snowball*. The data were collected using a semi-structured interview. Data analysis used the method proposed by Giorgi and Sousa (2010) as a guiding line.

**The main findings** show us that, in the home transition, the person who suffered PEFF is confronted with dependence, representing a moment of great complexity and even vulnerability. They are confronted with a new demand for resource during the course of

readaptation to change and adaptability to their new life condition in the search for the reconstruction of a new autonomy.

**These results** indicate the need for rethinking some aspects of nursing care planning the home transition of the person with PEF, in what concerns to articulation and continuity of rehabilitation care, caregiver training, anticipation of difficulties and barriers, greater attention to the pluridimension of the phenomenon in the implementation of more efficient strategies in the preparation of a healthier home transition.

**Keywords:** Proximal End Femoral Fracture, Nurse Rehabilitation, Home transition experience, Adaptation

## INDÍCE DE FIGURAS

Figura.....	Página
Figura 1 – Representação esquemática do desenho do estudo.....	63
Figura 2 - Desenho da colheita de dados.....	76
Figura 3 – Etapas da análise de dados preconizada por Giorgi e Sousa (2010).....	84
Figura 4 – Representação esquemática dos temas emergentes nas vivências da transição para casa da pessoa com FEPP.....	86
Figura 5 – Representação da vivência da transição para casa da pessoa com FEPP.....	86
Figura 6 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPP – subtemas da Dependência.....	89
Figura 7 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPP – subtemas do Percurso de Readaptação à mudança.....	109
Figura 8 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPP – subtemas da Adaptação.....	135
Figura 9 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPP – subtemas da Nova Autonomia.....	146
Figura 10 - Operacionalização da Transição para casa da pessoa com FEPP...	156
Figura 11 - Sugestão de abordagem terapêutica à pessoa com FEPP na transição para casa.....	158

## INDÍCE DE DIAGRAMAS

Diagrama.....	página
Diagrama 1 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à incapacidade funcional na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	91
Diagrama 2 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao compromisso nos processos corporais na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	94
Diagrama 3 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao compromisso nos processos psicológicos na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	97
Diagrama 4 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes às dificuldades e barreiras na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	100
Diagrama 5 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes às preocupações na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	103
Diagrama 6 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes aprendizagem de estratégias adaptativas na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	109
Diagrama 7 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes á preparação do prestador de cuidados na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	112
Diagrama 8 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes aos cuidados de reabilitação na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF.....	116

Diagrama 9 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à alteração das condições habitacionais na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	120
Diagrama 10 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à família como centro de apoio na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	122
Diagrama 11 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à crença religiosa na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	127
Diagrama 12 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes aos apoios externos na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	129
Diagrama 13 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à alteração de hábitos e papeis na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	138
Diagrama 14 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à nova condição de vida na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	142
Diagrama 15 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao recuperar a independência nas AVD`s e autocuidado na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	148
Diagrama 16 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes á força de vontade na recuperação na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	150
Diagrama 17 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à melhoria na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF.....	154

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro.....	página
Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	71
Quadro 2 – Esquematização das etapas das entrevistas.....	74

## SUMÁRIO

	página
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>PARTE I – FASE CONCEPTUAL.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEORICO-CONTEXTUAL.....</b>	<b>23</b>
<b>1 - A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR (FEPF).....</b>	<b>23</b>
1.1 - DEFININDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR.....	24
1.2 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	26
1.3 - OPÇÕES DE TRATAMENTO.....	29
<b>2 – REABILITAÇÃO DA PESSOA COM FEPF: PROCESSO E INTERVENÇÃO.....</b>	<b>31</b>
2.1 – O AUTOCUIDADO COMO FOCO DE ATENÇÃO.....	32
2.2 - A REEDUCAÇÃO MOTORA E FUNCIONAL.....	39
2.3 – A PREPARAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA CASA E ADAPTAÇÃO..	45
<b>PARTE II – FASE METODOLÓGICA.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA.....</b>	<b>62</b>
<b>1 – O FENÓMENO EM ESTUDO.....</b>	<b>63</b>
<b>2– FINALIDADE E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>65</b>

<b>3 – OBJECTIVOS.....</b>	<b>66</b>
<b>4 – TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>67</b>
<b>5 – PARTICIPANTES DO ESTUDO.....</b>	<b>68</b>
5.1 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	69
5.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	71
<b>6– COLHEITA DE INFORMAÇÃO.....</b>	<b>72</b>
6.1 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	73
6.2 – TEMPORALIDADE.....	76
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>PARTE III- FASE EMPÍRICA.....</b>	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 1 – AS VIVÊNCIAS DA PESSOA COM FEPEF NA TRANSIÇÃO PARA CASA.....</b>	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO 2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>83</b>
1 – A DEPENDÊNCIA.....	88
2 – O PERCURSO DE READAPTAÇÃO À MUDANÇA.....	107
3 – A ADAPTAÇÃO.....	134
4 – A NOVA AUTONOMIA.....	145
<b>SÍNTESE E CONCLUSÕES.....</b>	<b>159</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>168</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – Guião de entrevista

APÊNDICE 2 – Consentimento informado

APÊNDICE 3 – Matriz resultante da análise, organização e categorização das entrevistas segundo o método de Giorgi e Sousa

## INTRODUÇÃO

As modificações sociais e demográficas ao longo das últimas décadas originaram condições de saúde que modificam constantemente as necessidades em cuidados, nomeadamente o aumento de pessoas em situação de dependência e incapacidade. Este facto está relacionado com o aumento das doenças degenerativas, crónicas e progressivas articulares que acompanham o aumento da idade, assim como as fraturas ósseas, cada vez mais frequentes em idosos nos dias de hoje.

O nosso percurso enquanto Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, num Serviço de Traumatologia, um contexto onde é elevada a incidência e prevalência de pessoas com fratura da extremidade proximal do fémur (FEPF), tem-nos proporcionado uma vivência intensa no reabilitar e preparar a reintegração destas pessoas no seu contexto domiciliário. Na maior parte dos casos, é realizado tratamento cirúrgico, pressupondo uma recuperação e alta o mais precoces possível. Assim, ao longo do trabalho, quando nos referimos aos participantes do nosso estudo, especificamente à pessoa com FEPF, estamos a referir-nos a pessoas submetidas a tratamento cirúrgico, e que após a cirurgia e internamento hospitalar inerente, vivenciaram a transição para casa.

Olhando à forma como se deveria processar esta transição, percebemos claramente que decorre muitas vezes a um ritmo desajustado, influenciado pela pressão das altas precoces, e em algumas situações, com manifesta falta de profissionalização da preparação da transição para casa por parte dos enfermeiros, assim como, a clara subvalorização de aspetos fundamentais na sua tomada de decisão, como sejam as condições habitacionais, potencial de reconstrução da autonomia após o evento gerador de dependência, continuidade da assistência e articulação eficaz com outros níveis de cuidados.

No momento da alta, verificamos que na maioria dos casos, se mantém algum grau de dependência no autocuidado, limitação funcional e conseqüente necessidade de ajuda de terceiros, assim como a existência de diversas formas de apoio no contexto domiciliário, até à total recuperação da pessoa. Esta situação, pressupõe quase sempre, a

disponibilidade de um cuidador, bem como a existência de redes de apoio formal, em resposta às necessidades em cuidados que estas pessoas apresentam no momento da transição para casa. Temos sido sistematicamente confrontados com esta problemática, que envolve frequentes vezes, momentos de crise, tensão, resistência e manifestação de insegurança e incerteza quanto ao futuro que se avizinha.

Os sentimentos manifestados pela pessoa e família, parecem-nos ser uma consequência da não avaliação com a devida eficiência, das repercussões que o episódio de doença tem na vida da pessoa e da sua família, assim como a inoperância que caracteriza, em alguns casos, a preparação deste processo de transição para casa. Ao longo da nossa experiência profissional, esta constatação tem sido fonte de inquietação, e esta temática tem-nos despertado particular interesse, incitando-nos a querer conhecer estas vivências com maior profundidade.

Ao longo do nosso percurso académico e profissional, fomos criando e consolidando a convicção de que a preparação da transição para casa, é uma área que carece de atenção por parte dos Enfermeiros e deve começar a ser preparada no dia da admissão da pessoa no internamento, prolongando-se durante todo esse período. O Enfermeiro deve centrar-se na tríade pessoa-família-comunidade, no sentido de integrar estes elementos na decisão clínica e assim, potenciar a capacitação da pessoa (e/ou família), para uma adaptação eficaz à transição vivenciada. Apesar disso, no contexto atual, ainda existem muitas barreiras ao eficiente desenrolar deste processo, nomeadamente, a necessidade de racionalização dos custos e recursos na saúde, políticas centradas na doença e no seu tratamento, onde se preconizam períodos de internamentos hospitalares cada vez mais curtos. Este facto nem sempre tem em consideração que a pessoa e família necessitam de maior capacitação para responderem de forma eficaz aos desafios inerentes à transição para casa.

Neste contexto, corroboramos a opinião de Silva (2000), que defende que a alta da pessoa deve ser atempadamente planeada para que não se transforme num momento de aflição para esta e para a sua família. Na realidade, o que acontece, é que este planeamento ainda se centra demasiado na ação médica, e afasta-se daquilo que se considera ideal, dando origem, em muitas situações à deficiente preparação do regresso a casa (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012; Petronilho, 2007).

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), surgiu a possibilidade de enveredarmos pela realização do presente estudo de investigação, centrado no fenómeno das vivências da transição para casa da pessoa com FEPP, com o objetivo de o conhecermos mais profundamente, nomeadamente, compreender como é que as pessoas sentem, compreendem, interpretam, experienciam e representam este fenómeno na sua vida, ao nível do seu percurso de reabilitação e desafio de adaptação. A principal finalidade, à semelhança de todos os trabalhos desta natureza, passa por adquirir competências no domínio da investigação e reunir contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Consideramos que os enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental nas vivências da transição para casa da pessoa com FEPP, influenciando a forma como é vivenciada essa experiência de vida, e constituindo-se como um importante recurso na ajuda às pessoas que vivenciam este tipo de transição. As reflexões e preocupações neste domínio foram, deste modo, impulsionadoras da realização deste estudo, que esperamos, que possa trazer subsídios importantes na abordagem e preparação do processo de transição para casa da pessoa, contribuindo deste modo, para melhor conhecermos o fenómeno, e conseqüentemente, permitir tomadas de decisão mais consistentes e baseadas em evidências concretas, vivenciadas pelos sujeitos, fomentando conhecimento de Enfermagem fundamental para a prática clínica e proporcionando subsídios para o planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nesta área de intervenção.

Perante o exposto, a questão central que orientou este estudo e que se constituiu como principal preocupação, no sentido de explicitar esta problemática, foi formulada da seguinte forma: *Quais as vivências da pessoa com FEPP na transição para casa?*

A compreensão do modo como a pessoa com FEPP vivencia a transição para casa, é o principal motivo de interesse desta dissertação, explorando sentimentos, emoções, perceções, representações e experiências presentes em todo o seu percurso de reabilitação e adaptação.

Definimos como objetivos específicos:

- Conhecer como experiência a pessoa com FEPP a vivência da transição para casa;
- Identificar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPP na transição casa;

- Compreender como experiência a pessoa com FEPP o seu percurso de reabilitação;
- Analisar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa no seu percurso de reabilitação;
- Compreender o processo de adaptação da pessoa com FEPP na transição para casa;
- Identificar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPP no seu processo de adaptação em casa.

Atualmente, as alterações sociodemográficas, que têm seguido a tendência crescente do envelhecimento no mundo, lançam novos desafios às políticas de saúde, no sentido de dar resposta a novas necessidades em cuidados. No nosso país, este cenário não é exceção, e de acordo com a DGS (2005, cit. por Petronilho, 2007), em 2050, Portugal terá uma das maiores percentagens de idosos e das menores percentagens de população ativa. Estes indicadores tornam expectável o aumento da ocorrência de FEPP ao longo do tempo, dado que estas ocorrem maioritariamente em idosos.

Em Portugal, dados recentes disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e referidos por Felicíssimo e Branco (2017), indicam um número de 12.992 FEPP a nível nacional em 2015, o que comparado com o número de 9523 em 2006 (DGS, 2008) significa um aumento de 36,4% em 10 anos.

Segundo os autores supracitados, as FEPP:

*“são um desafio médico, ortopédico, social, familiar, económico e até de organização dos serviços de ortopedia e estima-se que só 15% dos doentes que sofrem uma FEPP recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fratura” (Felicíssimo e Branco, 2017, p. 306).*

A transição saúde-doença é considerada como um período de mudança na vida da pessoa e das pessoas que o rodeiam, portanto é importante que a atenção dos Enfermeiros seja dirigida para estes e concretamente para as suas respostas aos problemas de saúde. Meleis e Trangenstein, cit. por Petronilho (2007, p. 13), defende isso mesmo, ao referir que, *“os cuidados de Enfermagem tomam por foco a ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida”*.

Diversos estudos indicam que um planeamento do regresso a casa estruturado, personalizado, sistemático e contínuo, pode levar a maior satisfação das pessoas, maior

adesão a comportamentos adequados e a maior autonomia para o autocuidado, com um contributo significativo para a diminuição das taxas de readmissão hospitalar (Cebeci & Celik, 2008; Minet, Møller, Vach, Wagner, & Henriksen, 2010).

Petronilho (2007) reforça a ideia do papel estratégico que os enfermeiros detêm na partilha de informação com a pessoa e familiares cuidadores, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios da saúde com que se deparam após a alta hospitalar.

Assim, animados pelos aspetos a que aludimos, evoluímos num estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal, de cariz fenomenológico, tentando conhecer as vivências da pessoa com FEPP na transição para casa.

De acordo com esta perspetiva, propusemo-nos realizar este estudo, cujo relatório final se encontra estruturado em três partes. Na primeira parte, no domínio concetual, delimitamos a problemática e efetuamos uma abordagem ao conhecimento já existente sobre o fenómeno, sempre alicerçados na finalidade e nos objetivos do estudo. A primeira abordagem diz respeito à pessoa com FEPP (definição de FEPP, dados epidemiológicos e opções de tratamento). Seguidamente, abordamos o processo e intervenção de reabilitação, delimitando o autocuidado como foco de atenção, a reeducação motora e funcional e a preparação da transição para casa e adaptação. Na segunda parte do trabalho, no domínio metodológico, descrevemos os aspetos metodológicos que suportam o percurso da investigação, como sejam o fenómeno em estudo, finalidade e questões de investigação, objetivos, tipo de estudo, participantes, as estratégias de colheita de informação e os aspetos éticos. A terceira parte do relatório dá lugar à apresentação das vivências da transição para casa da pessoa com FEPP, com a análise e discussão dos resultados, as quais se desenrolam em simultâneo de forma a facilitar a sua compreensão. Por último, surge a síntese final e principais conclusões que emergem do estudo, assim como considerações relativas ao potencial de utilização clínica dos seus resultados e os principais desenvolvimentos e implicações futuras.

De uma forma global os resultados encontrados, revelam-nos que a dependência é a questão que mostrou ser o principal motivo de preocupação da pessoa com FEPP na transição para casa, enquanto geradora de sentimentos de incapacidade, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo. Os achados remetem-nos ainda para uma transformação na vida destes sujeitos, e para a vivência de um percurso de readaptação à mudança ocorrida após a FEPP, uma vez que todo o contexto habitual da pessoa fica

alterado, desde atividades de vida diária (AVD`S), atividades sociais e comunitárias, relacionamento interpessoal, exigindo aos sujeitos uma transformação, reorganização e ajustamento a vários níveis, passando a sua vida a ser pautada por um esforço constante pela adaptação e pela procura de aquisição da consciência das suas limitações e dificuldades de forma a ultrapassarem a situação.

A sua principal fonte de ajuda e de suporte é a família, enquanto cuidadora e enquanto apoio e estímulo de recuperação. Apesar de todas as dificuldades e barreiras descritas na transição para casa, os discursos dos participantes remetem-nos para uma evolução que se percebe que vai ocorrendo ao longo do tempo, no sentido de uma reconstrução de uma nova autonomia, da qual faz parte integrante o processo de recuperar a independência no autocuidado e nas AVD´s, não chegando porém, a atingir a condição de saúde anterior.

A nossa expectativa, é que estes resultados possam servir de estímulo à realização de outras investigações, no âmbito das vivências das pessoas de quem cuidamos, uma vez que nos permitem conhecer melhor as respostas das pessoas em processo de transição saúde/doença, ajudando-nos a aprofundar questões essenciais para a prática clínica e tomada de decisão.

## **PARTE 1 – FASE CONCEPTUAL**

A conceptualização, de acordo com Fortin (1999), refere-se ao processo e à forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do fenómeno em estudo. Esta fase, na perspectiva de Polit e Beck (2011), é essencial a qualquer percurso de investigação, pois possibilita-nos fazer uma ligação entre o problema em estudo e o conhecimento já existente.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONTEXTUAL**

No presente capítulo pretendemos apresentar o referencial teórico que sustenta o fenómeno em estudo e que se encontra organizado em torno de dois eixos principais: a pessoa com FEPP (abordando a definição, dados epidemiológicos e opções de tratamento) e o processo de reabilitação da pessoa com FEPP (abordando o foco autocuidado, a reeducação motora e funcional e a preparação da transição para casa).

### **1– A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR**

Considerando o intenso envelhecimento populacional e a elevada incidência de quedas em idosos, estamos perante um contexto promissor à ocorrência de fraturas da extremidade proximal do fémur, com conseqüente declínio da capacidade funcional e autonomia nos autocuidados, e a evidente necessidade da existência e capacitação de cuidadores que assegurem a continuidade de cuidados na transição para casa.

A fratura do fémur interfere na qualidade de vida da pessoa, tal como nos reporta Perracini e Ramos (2002), já que pelo menos um terço dos idosos acometidos desenvolve alguma dependência funcional, impossibilitando, inclusivamente, a realização das AVD`S.

Um estudo desenvolvido por Jongjit, Komsopapong, Songjakkaew e Kongsakon (2003), subordinado ao tema: “Qualidade de Vida em Saúde, após a fratura da anca (FA), em idosos residentes na comunidade concluiu que *“a FA ocorre frequentemente em pessoas mais velhas e pode ter um impacto considerável na independência funcional e na qualidade de vida dos utentes idosos que vivem na comunidade”* (p. 670).

Lin e Chang (2004), ao investigarem a recuperação funcional de idosos, um ano após a cirurgia de FA, verificaram que na maioria dos casos, ocorreu declínio funcional após a

fratura. Os mesmos autores, concretizam ainda que a sua recuperação nas AVD`S, mesmo decorrido um ano, não atingiu o estado prévio que a pessoa tinha antes.

Estes dados corroboram o pensamento de Felicíssimo e Branco (2017), que defendem que as fraturas da extremidade proximal do fémur:

*“representam um desafio médico, ortopédico, social, familiar, económico e mesmo de organização dos serviços de ortopedia”, e “estima-se que só 15% dos doentes que sofrem uma FEPP recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fratura”* (p.304).

Atualmente, e apesar desta contextualização da pessoa que sofre FEPP, as políticas de cuidados de saúde estão orientadas essencialmente para o tratamento da doença, reabilitação da pessoa e integração social o mais rápida possível. Preconizam-se internamentos hospitalares cada vez mais curtos, exigindo-se às famílias que sejam capazes de assumir a continuidade de cuidados na transição para casa da pessoa dependente.

### 1.1 – DEFININDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR

As FEPP, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), em 2003, definem-se como *“fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado, a nível proximal, pelo limite inferior da cabeça do fémur e a nível distal, por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter”* (p. 7).

R. Tronzo (1973, cit. por Serra, Oliveira, & Castro, 2012), designou-as como:

*“A mais mortífera lesão que um membro humano pode sofrer em qualquer idade, é a fratura da extremidade superior do fémur, especialmente a do colo, cuja mortalidade e morbilidade aumenta com a idade e as doenças associadas, sendo a causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos”* (p.276).

Conforme Smeltzer (2011), a fratura é uma interrupção na continuidade do osso, podendo ser definida de acordo com o seu tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido a uma força maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas adjacentes são igualmente afetadas, ocasionando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulações, rotura de tendões, secção de nervos

e lesão de vasos sanguíneos. As fraturas são resultado da rotura das integridades ósseas, perturbando o bom funcionamento de todo o sistema musculoesquelético.

Ainda de acordo com a mesma fonte, as FEFP podem dividir-se em: colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocântérica. Estas dividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais), trocântéricas (acima da linha intertrocântérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), e subtrocântéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

A classificação das fraturas do colo do fémur, segundo Garden, apresenta quatro tipologias, baseadas nos níveis de deslocamento. O grau I e II correspondem a fraturas sem desvio. Nos dois graus seguintes há desvio e risco circulatório para a cabeça do fémur (Serra et al, 2012):

- No grau I, a fratura é incompleta, estando a cabeça do fémur numa posição um pouco valga em relação ao colo; sendo por vezes denominada “fratura-impactada”;
- No grau II, identifica-se um traço de fratura completo sem desvio;
- No grau III, há perda parcial do contacto entre os topos;
- No grau IV, a perda é completa, permitindo a migração proximal do fragmento distal, que origina a deformidade característica: membro inferior em rotação externa, com encurtamento de alguns centímetros.

As fraturas trocântéricas, são principalmente causadas por trauma, sendo tipicamente oblíquas e localizadas entre a porção mais alta do grande trocânter, abrangendo uma grande área óssea, quase toda esponjosa. A classificação de Tronzo (1974) em cinco tipos assume-se como a mais utilizada hoje em dia (O’Sullivan & Schmitz, 2010):

- Tipo I e II, o traço de fratura principal é único, permitindo uma redução estável com contacto perfeito entre os dois topos.
- Tipo III e IV, existe um segundo traço, que liberta grande parte cortical posterior do fragmento distal; a redução entre o segmento cefálico e o fragmento distal (corpo do fémur) é instável devido à presença desse terceiro fragmento solto.
- Tipo V, é uma fratura rara (o traço da fratura é invertido, provindo da região medial proximal para a lateral distal).

As fraturas subtrocantericas, devido à região em que ocorrem e às inserções musculares existentes, sujeitam essa área a várias forças deformantes, sendo a deformidade mais comum a flexão (provocada pelo ileopsoas) a abdução (pelo glúteo médio) e a rotação externa (pelos rotadores externos). Por ação dos adutores, poderá ainda apresentar deformidade em varo (Lourenço & Pires, 2015, cit. por Sousa & Carvalho, 2016, in Vieira & Sousa, 2016).

## 1.2 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

As fraturas da extremidade proximal do fémur ocorrem na sua maioria em idosos com idade superior a 65 anos e têm como causa um trauma ou uma queda da própria altura. Os sintomas de fratura consistem em dor, que pode irradiar para a região mediana da coxa e joelho e encurtamento, com rotação externa do membro lesado (Lin & Chang, 2004).

Preto et al. (2011) corroboram estas afirmações ao salientarem que as quedas acidentais são a causa mais importante de fraturas do fémur na população idosa, associadas à redução da acuidade visual, elevado uso de medicamentos, perturbações do equilíbrio e alterações posturais e do centro de gravidade, muito frequentes nesta faixa etária. Estes autores ainda referem que epidemiologia revela que 32% das pessoas acima dos 65 anos sofre pelo menos uma queda por ano.

De igual forma, Muniz et al. (2007) partilham desta opinião, afirmando que *“a osteoporose, fraqueza muscular e outras doenças associadas, como doenças neurológicas, cardiovasculares e deformidades osteoarticulares são fatores que contribuem para a alta incidência de fratura do fémur pós-queda”*(p.34).

Segundo dados da DGS, durante o ano de 2006 ocorreram em Portugal 9523 fraturas do colo do fémur, as quais atingiram gastos hospitalares na ordem dos 52 milhões de euros. A mesma fonte estima a mortalidade entre 20% a 30% durante um ano após fratura, referindo que a incapacidade funcional grave atinge uma prevalência de 40% no mesmo período.

Em Portugal, de acordo com um estudo elaborado por Cruz em 2009, a incidência anual média de FEFP é de 270/100 000 habitantes. Em relação à diferenciação por género, um estudo realizado em 2008 levado a cabo por Costa et al., mostra que a incidência de FEFP calculada foi de 481/100 000 e 254/100 000 habitantes, no sexo feminino e masculino, respetivamente.

A par com os dados a nível mundial e segundo Barbosa (2013), igualmente em Portugal, é esperado um aumento da ocorrência das FEFP, uma vez que dados do INE (Instituto Nacional de Estatística) estimam um aumento da população acima dos 50 anos para 4 329 624 e 4 669 189, em 2020 e 2050, respetivamente. A incidência de fraturas, a ser proporcional com o estudo em questão, rondará as 10 877 em 2020 e 11 609 em 2050.

Recentemente, dados disponibilizados pela ACSS e referidos por Felicíssimo e Branco (2017), indicam um número de 12.992 FEFP a nível nacional em 2015, o que comparado com o número de 9523 em 2006 (DGS, 2008) significa um aumento de 36,4% em 10 anos.

A evidência científica realça que as fraturas da extremidade proximal do fémur, tendem a ocorrer mais frequentemente em idosos, sobretudo a partir dos 85 anos (Marks, Allegrante, Ronald MacKenzie, & Lane, 2003), e são mais comuns em mulheres numa relação de 3:1 (Cummings & Melton, 2002).

Este tipo de fraturas, de acordo com Tajeu et al. (2013), acarreta marcada limitação funcional, o que pode impedir a realização das AVD'S, como tal, nestas pessoas, observa-se um aumento da necessidade de institucionalização cerca de 3,96 vezes superior, quando se compara com um grupo de pessoas da mesma idade que não sofreu FEFP.

No que diz respeito à morbilidade das fraturas do colo de fémur, é importante sublinhar que *"50% dos doentes que sofreram esta fratura necessitam de ajuda para a marcha; 30% ficam funcionalmente dependentes de ajuda de uma terceira pessoa para a realização de trabalhos domésticos e só 20% recuperam a mobilidade anterior ao acidente"* (Queirós, 1998, p. 14).

Um artigo de revisão sistemática de Branco e Felicíssimo (2009), publicado na revista portuguesa de reumatologia, alerta para o atual cenário dramático que este problema constitui, do ponto de vista clínico e epidemiológico, representando um problema de saúde pública que, longe de estar controlado, deve constituir uma preocupação comum a todos os profissionais e sectores da saúde, dada os elevados índices de morbilidade e mortalidade que lhe estão associados. Ainda segundo a mesma fonte, estima-se que só 15% das pessoas que sofrem uma FEFP recuperam a capacidade funcional prévia, 40% ficam com uma incapacidade grave e 20 a 30% morrem no primeiro ano após a fratura.

Alves, Pina e Barbosa (2007) identificaram que cerca de 86% dos idosos, após hospitalização por FA, regressam a casa, sendo o papel de prestador de cuidados (PC), maioritariamente assumido por um elemento da família.

No entanto, em alguns casos, a ocorrência deste tipo de fraturas é um importante motivo de institucionalização, tal como concluiu um estudo de Leibson et al., cit. por Barbosa (2013), em que 33% das pessoas ficam totalmente dependentes ou institucionalizados.

Em relação aos custos em Portugal, Dias (1998) refere que a DGS estimou terem sido gastos 11 milhões de euros em 1990, valor este que aumentou para 52 milhões de euros em 2006, prevendo-se um aumento da despesa pela previsão do aumento da sua incidência. Ainda reportando aos gastos deste tipo de fraturas, Santos (2010) refere que, em média cada internamento com fratura proximal do fémur tem um custo acima de 4100 euros, para o serviço nacional de saúde.

Neste sentido, Baixinho (2009) refere que é cada vez mais premente a realização de protocolos para o tratamento e conseqüente reabilitação, o mais precocemente possível destas pessoas, de forma a diminuir o número de dias de internamento e diminuir os custos diretos e indiretos que advêm da FEFP.

Van Helsen et al. (2008), cit. por Barbosa (2013), ao investigar os fatores de risco para a ocorrência de FEFP, concluiu que na população estudada, 75% apresentava risco de queda e 35% tinham osteoporose.

Os resultados de um estudo de Pina, Alves e Barbosa (2008), indicam-nos a ocorrência de cerca de 10 000 fraturas do fémur proximal por ano, em Portugal, em pessoas acima dos 50 anos. Os dados indicam ainda que cerca de 90% destas fraturas resultam de quedas, das quais 80% ocorrem em casa por causas evitáveis, como por exemplo escorregões, tropeções e desequilíbrios.

Pelos dados aqui explanados, e corroborando a linha de pensamento de Barbosa (2013), facilmente se percebe que a prevenção da ocorrência de FEFP se constitui como uma prioridade no âmbito da saúde pública, assentando essencialmente na prevenção e tratamento da osteoporose e na prevenção de quedas, uma vez que representam os dois principais fatores de risco para a ocorrência destas fraturas.

### 1.3 – OPÇÕES DE TRATAMENTO

As opções terapêuticas no âmbito das FEPP, contemplam o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que é consensual entre a comunidade científica a abordagem cirúrgica como o «*standard of care*», com exceção dos casos em que a pessoa apresente comorbilidades que inviabilizem o ato cirúrgico (DGS, 2003).

O tratamento cirúrgico, com colocação de material de osteossíntese, garante maior estabilidade e um retorno funcional mais precoce, de forma que o idoso não fique sujeito a imobilidade por longos períodos, prevenindo o agravamento do seu estado de saúde, e instalação de declínio funcional mais severo (Rocha, Azer, & Nascimento, 2009).

A intervenção cirúrgica deverá ocorrer, preferencialmente, durante o período de 24 a 48 horas da admissão, isto é, deve ser respeitado o intervalo para a estabilização clínica da pessoa e, logo que possível, a implementação do tratamento cirúrgico adequado. O aumento do tempo de espera para a cirurgia pode ter consequências indesejáveis, pois o atraso no tratamento cirúrgico causa atraso na mobilização, e conseqüentemente, afeta a recuperação funcional (Smeltzer, 2011).

O tratamento cirúrgico da fratura visa a restabelecer o comprimento, o formato e o alinhamento dos ossos ou articulações fraturadas, restaurando a função anatômica do membro afetado, com vista à posterior funcionalidade e autonomia da pessoa (Bowen, 2007).

De acordo com Serra et al. (2012), relativamente à implementação do tratamento para as fraturas trocântéricas, a classificação de Tronzo define dois grupos: as fraturas aptas a uma redução anatômica estável (tipo I e II) e aquelas que se caracterizam por serem instáveis (tipos III, IV e V). Segundo a DGS (2003), as primeiras permitem osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa. As fraturas do segundo grupo preveem a realização de osteossíntese recorrendo a técnica de encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

As fraturas subtrocântéricas permitem a utilização de vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura ocorrer já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico (DGS, 2003; O'Sullivan & Schmitz, 2010; Serra et al., 2012).

Para as fraturas do colo do fémur, a DGS (2003), preconiza as seguintes opções de tratamento:

- Nas fraturas subcapitais encravadas pode optar-se por tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação à mínima com parafusos canulados.
- Nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais ou totais da anca. Nas pessoas com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Em situações de idade avançada e boa atividade física, sem sinais de artrose da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Nos casos de esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.
- Nas fraturas basicervicais, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

O tratamento não cirúrgico ou conservador, fica reservado para as pessoas com comorbilidades associadas que impliquem um risco inaceitável para anestesia, procedimento cirúrgico ou ambos (Miyamoto, Kaplan, Levine, Egol, & Zuckerman, 2008).

Nas últimas décadas, de acordo com Alarcón & González-Montalvo (2004), cit. por Jesus, (2017):

*“o desenvolvimento científico e tecnológico tem vindo a criar diferentes implantes destinados ao tratamento cirúrgico das FEPP, visando permitir a estabilidade necessária para a mobilização e a locomoção precoce, através da posição funcional do osso, prevenindo a necrose avascular. Estes aspetos são condição necessária para restituir ao idoso a sua capacidade de marcha, tão precocemente quanto possível”* (p.31).

## **2– REABILITAÇÃO DA PESSOA COM FEPP: PROCESSO E INTERVENÇÃO**

A intervenção de reabilitação à pessoa com FEPP, segundo a nossa experiência, assume importância em todas as fases, e tem início desde o primeiro momento do internamento, ainda na fase pré-operatória, no entanto, depois do tratamento da fratura, a sua relevância intensifica-se ainda mais, pela premência da mobilização e levante precoce, treino de autocuidado, treino de marcha e outros métodos de reeducação funcional para manter ou recuperar dos défices instalados, visando a restituição da função pré-fratura, maximizando o potencial multidimensional da pessoa, promovendo a autonomia e minimizando a incapacidade e a dependência. Este percurso de reabilitação, adaptado à condição de cada pessoa, pode ser descrito como uma transformação e conquista diárias e é gratificante podermos testemunhar os ganhos que se registam aos vários níveis e dimensões da pessoa.

A este respeito, Pais (2013), através da realização de um trabalho de revisão sistemática da literatura, relacionou diversos ganhos em saúde com a implementação de programas de reabilitação nas pessoas com FEPP, nomeadamente: melhoria do equilíbrio e força muscular (FM), ganho de amplitude de movimento (ADM) da articulação coxofemoral, melhoria da capacidade de marcha, da capacidade funcional nas AVD's e da qualidade de vida (QDV). Relacionou ainda os cuidados de reabilitação com ganho de conhecimento sobre estratégias adaptativas, satisfação das pessoas com o programa de intervenção, diminuição da dor, dos episódios de queda, da taxa de mortalidade, do tempo de internamento hospitalar, dos episódios de urgência, dos episódios de readmissão hospitalar, da institucionalização e da incidência de úlceras por pressão.

Couto (2012), no trabalho de construção e validação do instrumento de avaliação do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA), estabeleceu comparação entre o grau de autonomia/independência em dois momentos de avaliação, verificou diferença estatisticamente significativa em todos os domínios, mostrando uma evolução favorável no sentido da autonomia/independência do autocuidado, correlacionada com a intervenção de enfermagem de reabilitação, reconhecendo ao instrumento consistência na monitorização de ganhos em autocuidado obtidos pelas pessoas em programa de reabilitação.

A reabilitação, enquanto especialidade, engloba um conjunto de saberes e procedimentos próprios, que possibilita ajudar a pessoa com doença aguda, crônica ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), tem como intuito melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim, preservar a autoestima (OE, 2010).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010), sustenta que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. Concretiza ainda, que uma das suas competências é cuidar de pessoas, com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. Uma das unidades de competência específica é avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, sendo um dos critérios de avaliação os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.

A reabilitação enquanto processo, permite o desenvolvimento de capacidades perdidas, para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, relacionados com os potenciais anteriores (Andrade, Araújo, & Andrade, 2010).

## 2.1 – O AUTOCAUIDADO COMO FOCO DE ATENÇÃO

A súbita mudança de vida, provocada por uma FEPP que significa muitas vezes passar de uma situação de independência para uma vida dependente de terceiros, tem implicações diretas a nível do funcionamento do autocuidado (AC) da pessoa.

A palavra autocuidado, apresenta-se etimologicamente como *auto*, do grego, significa “próprio” ou “por si mesmo”, e *cuidado*, do latim *cogitatus*, significa “pensado, meditado”. Na área da saúde, esta palavra assume-se como sinónimo de autoajuda, ou cuidar de si mesmo.

Segundo Sidani (2003), o AC tem sido apresentado por alguns autores como o foco e o objetivo dos cuidados de enfermagem no sentido da melhoria do estado da saúde, *coping* e capacidades de funcionamento das pessoas (Dodd & Miaskowski, 2000; Gantz, 1990; Henry & Holzemer, 1997; Keller et al., 1989; McCaleb & Edgil, 1994, cit por Sidani,

2003). Mas, de acordo com a mesma fonte, existem para além disso, diversas publicações que se referem ao AC como um resultado dos cuidados de enfermagem (Gillette & Jenko, 1991; Irvine et al., 1998; Johnson & Maas, 1997; Mitchell et al., 1998 cit por Sidani, 2003), no sentido das ações desenvolvidas pelas pessoas no sentido da manutenção, funcionamento e bem-estar.

O AC, enquanto conceito central de enfermagem, surge com Orem na década de setenta e encontra-se entre as inúmeras competências do profissional de Enfermagem. Segundo o referencial teórico desta autora, o termo AC é usado fundamentalmente com o sentido de cuidado de si próprio. Neste contexto, Orem (2001) afirma que, quando a pessoa pratica o AC, ele assume um papel ativo em benefício próprio, tornando-se o mais independente possível, e por princípio, as pessoas são capazes de suprimir o seu próprio AC, significando o conceito de “*self-care agency*”, como o conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas que são específicas para a realização das atividades de AC. A pessoa detentora destas características, é designada de “*self-care agent*”.

Para a autora, quando a pessoa se encontra incapacitado para o desempenho de atividades e necessita da ajuda para sua manutenção pessoal, há “déficit de autocuidado”. Nesse caso, diante das particularidades de cada pessoa e do contexto em que a pessoa se encontra, torna-se indispensável uma avaliação cuidadosa para identificar as suas potencialidades e limitações (Orem, 1995).

Na conceptualização de Orem (1991), e segundo Sidani (2003), “*o autocuidado é representado por dois distintos conceitos, ainda que relacionados: Capacidade para o autocuidado, de um indivíduo desenvolver comportamentos de autocuidado (“Self-care Agency”) e Comportamento de autocuidado, ou seja, a prática de atividades de cuidados de saúde com maturação (“Self-care Behavior”)*” (p. 67).

O primeiro refere-se à capacidade (“*ablility*”) da pessoa para desenvolver os comportamentos de autocuidado, em que demonstra a capacidade de iniciar e executar ações dirigidas em direção ao cuidado de si, por si mesmo. A capacidade para o autocuidado (“*Self-care Agency*”) implica vários domínios:

(1) o domínio cognitivo, isto é, o conhecimento das condições de saúde e as habilidades necessárias para cumprir a autogestão (“*self-management*”) da ação, bem como a tomada de decisão e a capacidade de julgamento;

- (2) o domínio físico, isto é, a capacidade física de executar a ação de autogestão;
- (3) o domínio emocional ou psicológico, isto é, atitudes, valores, desejo e motivação, assim como, a percepção da competência na execução de autogestão da ação;
- (4) o domínio comportamental, que se refere a ter as habilidades necessárias para a execução dos comportamentos de autocuidado (Orem, 1991, cit. por Sidani, 2003).

O segundo conceito, comportamento de autocuidado (*"Self-care Behavior"*) refere-se à prática (*"practise"*) de atividades ponderadas de pessoas maduras (*"activities that maturing and mature persons"*) que iniciam e executam, dentro de estruturas de tempo (*"within time frames"*), no seu próprio benefício, no interesse em manter a vida, no funcionamento de saúde, no contínuo desenvolvimento pessoal e bem-estar (Orem, 1991, cit. por Sidani, 2003).

A capacidade de AC, para Orem (1993, cit. por Cunha, Cardoso, & Oliveira, 2005), não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada pessoa. É esperado que a pessoa adulta tenha capacidade de se autocuidar. Perante a doença, a falta de recursos, alterações ambientais ou situações em que a necessidade se mostra superior à capacidade de resposta da pessoa, ocorre um desequilíbrio entre a necessidade e a capacidade de satisfação da mesma, acontecendo o déficit no autocuidado. Esta condição tem como consequência a necessidade de ajuda de alguém qualificado, o que traduz, neste caso, a necessidade de cuidados de enfermagem. Surge assim, a teoria do déficit de autocuidado e a necessidade de o enfermeiro colmatar o déficit, sem negligenciar o princípio inicial, de que a pessoa é responsável pela execução das atividades do seu autocuidado, devendo sempre promover a sua independência e autonomia.

No modelo de Orem, a enfermagem compreende *"um conjunto de atividades que capacitam o indivíduo na realização do autocuidado"* (Cunha et al., 2005, p. 37).

Orem (1993, cit. por Cunha et al., 2005), referem-se a três sistemas para satisfazer as necessidades de autocuidado: o totalmente compensatório; o parcialmente compensatório e o de apoio e educação. Entendendo por *"sistemas de enfermagem, um conjunto de ações de planeamento e execução, que visam o cuidado do indivíduo com diferentes graus de independência e a promoção do seu autocuidado"* (p.38).

Os três sistemas podem estar presentes na mesma pessoa. Concretizando, no caso da pessoa com FEPP, em determinada fase do seu percurso de reabilitação, poderá necessitar de ajuda total nas transferências (completamente compensatório), algum auxílio para o autocuidado higiene (parcialmente compensatório) e de ensino e orientação para o autocuidado vestuário (apoio e educação).

Certo é, que a assistência de enfermagem deve objetivar restabelecer a pessoa à situação de reassumir o seu próprio cuidado, valorizando os seus hábitos e costumes pessoais e respeitando a sua individualidade e privacidade (Monteiro, 2008).

Bennet (1980), cit por Pearson e Vaughan (1992), defendem exatamente esta ideia, ao teorizarem que:

*“Os profissionais de enfermagem quando debatem o autocuidado, devem lembrar-se que os indivíduos, saudáveis e doentes, exigem cada vez mais o controlo dos cuidados da sua saúde. Querem participar ativamente no processo das tomadas de decisão, isto é, eles querem poder identificar as suas necessidades no autocuidado, estabelecer as suas metas de aprendizagem e avaliar os seus comportamentos de autocuidado. Os utentes recusam o papel de “recipientes passivos” em que as decisões são feitas pela enfermeira, independentemente do input do utente. As pessoas querem assumir a responsabilidade por todos os aspetos do autocuidado” (p. 74).*

Assim, para estes mesmos autores, autocuidado é aquele cuidado que é:

*“...prestado pelo próprio a si próprio; é uma ação deliberada que tem uma finalidade geral referente à resolução de carências individuais específicas para uma vida válida; é uma atitude aprendida; e é apoiada pela curiosidade intelectual, o ensino e a supervisão dos outros e pela prática em tomar as medidas necessárias para o autocuidado” (p. 74).*

Tomando por referência a conceptualização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é uma *“atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVD`S “(CIPE, versão 2, 2011, p. 41).*

Para Sidani (2003) citando Anastasio et al. (1995) o autocuidado é considerado *“como uma componente integral de dirigir as exigências em saúde e de preservar um nível de*

*saúde funcional são e aceitável*” (p. 66). O autocuidado permite às pessoas, observarem-se, reconhecer sintomas, determinar a gravidade de sintomas e escolher estratégias apropriadas para tratar os sintomas. Os objetivos são minimizar os sintomas e maximizar a saúde (Baker, 1999; Coates & Boore, 1995, cit. por Sidani, 2003).

O autor supracitado refere-nos que os estudos de investigação levados a cabo nesta área têm proposto uma variedade de fatores que afetam o exercício da capacidade para o autocuidado e a realização do Comportamento de autocuidado, dividindo-se em cinco categorias: cognitiva, psicossocial, física, demográfica e sociocultural, aspetos estes a ter em conta na avaliação do autocuidado (Sidani, 2003).

Marques-Vieira e Sousa (2017) defendem que a dependência no autocuidado, se apresenta como um foco central no processo de cuidados dos EEER, que requer intervenções capazes de capacitar as pessoas para o desempenho das atividades que compõem cada um dos diversos domínios do autocuidado.

A assistência de enfermagem de reabilitação tem como principal objetivo “*auxiliar o paciente a tornar-se independente o máximo que puder dentro das suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treino de situações*” (Leite & Faro, 2005, p. 94), o que significa, que a atenção do enfermeiro de reabilitação está centrada na promoção do autocuidado e o seu objetivo quando implementa técnicas de mobilização, treino de atividades ou aconselhamento de ajudas técnicas e estratégias adaptativas, tem como finalidade facilitar a autonomia e independência no autocuidado.

Seguindo a linha de pensamento de Melo (2011), reconhecemos que uma das formas de promover a autonomia/independência no autocuidado é o recurso a estratégias adaptativas, ou seja, formas através das quais o enfermeiro melhora o desempenho funcional e o contexto habitacional, no sentido de ultrapassar incapacidades, e/ou minimizar as desvantagens que lhe estão associadas. Este mesmo autor, ao estudar o autocuidado em pessoas hemiplégicas, demonstra que o ensino de estratégias adaptativas e treino de capacidades da pessoa, para o autocuidado, originam ganhos em independência e autonomia.

As técnicas específicas de capacitação para o autocuidado, fazem similarmente parte do domínio de competências do enfermeiro de reabilitação, e merecem aqui ser destacadas, dado que a vivência de uma situação de FEPP impõe grandes restrições ao autocuidado da pessoa, carecendo este de ser treinado e reabilitado em vários domínios. Estas técnicas

são descritas por Filipe, Afonso e Lima (2007) no seu trabalho sobre cuidados de enfermagem a pessoas submetidas a prótese total da anca, referindo-se concretamente a atividades de treino adaptado de marcha, subir/descer escadas, posicionar-se, sentar-se e transferir-se.

A importância destes domínios do autocuidado associados à atividade física, nomeadamente o andar, transferir-se e posicionar-se, bem como o domínio do usar o sanitário, são inclusivamente referidos por outros autores, que os associam a maior grau dependência após um evento gerador de dependência (Petronilho, Magalhães, & Machado, 2010), e que assim, necessitam de maior atenção.

A promoção do autocuidado pelo enfermeiro de reabilitação pode ainda ser potenciada pela utilização de produtos de apoio, estando esta competência normalizada pela OE, ao referir que o enfermeiro de reabilitação realiza *“treinos específicos de AVD`S, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação (...). Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”* (OE, 2010, p. 4).

Na prática clínica, o ER assume a responsabilidade de *“informar/advogar/instruir/treinar o uso de equipamento adaptativo para a transferência, vestuário, higiene, uso de sanitário e alimentação”*, nomeadamente ao nível do aconselhamento e capacitação para o seu uso, na facilitação da autonomia no autocuidado (Lourenço & Mendes, 2010, p. 56-57).

Na situação particular da pessoa que sofreu FEPPF, um auxiliar de marcha adaptado à pessoa fará toda a diferença na promoção da independência na marcha, assim como um elevador de sanita poderá ser decisivo para a segurança no uso do sanitário, ou uma calçadeira de cabo longo como facilitadora do calçar de forma autónoma. Estes equipamentos adicionados ao processo de reabilitação poderão trazer ganhos muito importantes ao nível do autocuidado.

Perante a análise da literatura supracitada, constata-se que a promoção do autocuidado é uma área fulcral a atender na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa com FEPPF, pois como facilmente se percebe, a sua capacidade de executar as ações do autocuidado encontra-se afetada, quer pela diminuição da amplitude de movimentos, quer pelo comprometimento da força muscular e até pela própria redução da mobilidade geral, que afeta a concretização da atividade de cuidar de si própria, assim

como pelas limitações impostas pelo tipo de fratura e especificidade de técnica cirúrgica utilizada. Estas implicações passam pelo treino das técnicas de posicionamento, transferência e marcha com a particularidade de utilização do auxiliar de marcha externo adaptado à pessoa, gestão das limitações funcionais relacionadas com a própria intervenção cirúrgica, instrução sobre a restrição de alguns movimentos e/ou da carga que pode efetuar no membro operado, passando pela transferência destas novas exigências para o seu ambiente habitacional.

A par da importância atribuída à componente física e funcional na recuperação da autonomia no autocuidado, têm vindo a ser alvo de investigação pela comunidade de Enfermagem outros fatores relevantes com influência direta na reconstrução da autonomia no autocuidado, que merecem ser aqui destacados, pela mais-valia que podem constituir nas práticas de cuidados de reabilitação, nesta área de intervenção, nomeadamente ao nível da determinação da potencialidade da pessoa e na definição de estratégias que possam ajudar a potenciar e maximizar o seu potencial de reabilitação.

Um estudo desenvolvido por Maciel (2013), com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre os fatores envolvidos na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, constatou que as pessoas com evoluções mais favoráveis na autonomia no autocuidado foram aqueles com maior envolvimento no seu processo de transição, com maior capacidade para tomar decisões, com uma maior perceção de acesso a recursos da comunidade e com uma atitude mais positiva face ao plano terapêutico que lhes foi proposto.

A investigação de Brito (2012), que teve como finalidade desenvolver uma teoria explicativa da reconstrução da autonomia no autocuidado após evento gerador de dependência, destaca aspetos como a consciencialização, o envolvimento, a motivação, a força de vontade e a atitude positiva enquanto potenciadores e determinantes no início do processo de reconstrução da autonomia no autocuidado. A própria autora refere que:

*“O processo de reconstrução é desencadeado pela perceção da pessoa em relação ao que muda e fica diferente na sua vida após um evento gerador de dependência no autocuidado, não sendo os rótulos dos processos patológicos em si que desencadeiam a reconstrução da autonomia, mas a sua consequência ao nível dos processos corporais, bem como a repercussão da dependência na vida das pessoas.” (p. 192).*

A análise destes resultados permite-nos evidenciar a multidimensionalidade dos processos de transição saúde/doença e de reconstrução da autonomia perdida.

## 2.2 – A REEDUCAÇÃO MOTORA E FUNCIONAL

A OMS adota o conceito de funcionalidade como modelo de avaliação dos componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Neste sentido, a incapacidade é resultante de interações entre a disfunção orgânica e/ou da estrutura do corpo, a limitação das atividades e a restrição na participação social, considerando os fatores ambientais como facilitadores ou barreiras. Refere-se a incapacidade funcional a *“deficiências, limitações da atividade e restrições na participação”* (DGS, 2004, p. 186).

Cabete (2004), por seu lado, referenciando Lawton e Brody (1969), abordam a questão do estado funcional da pessoa idosa, afirmando que:

*“a interação entre as variáveis individuais ou competências - saúde física e mental, capacidades cognitivas, afetividade e qualidade de vida, autoeficácia e controlo de si e do meio, e as variáveis ambientais - habitação, ambiente e relações sociais (...), numa relação dinâmica, determinam a funcionalidade da pessoa idosa, ou seja, a capacidade de se manter autónomo e ativo, num meio determinado (p. 15)”*.

Reforçando esta definição, Paúl e Fonseca (2005) referem que:

*“os componentes a incluir na avaliação da funcionalidade são os que permitem prever a capacidade dos idosos para se manterem a viver de um modo independente. Assim, devem ser estudadas a capacidade funcional e a capacidade locomotora, mesmo sem queixas espontâneas ou aparentes nesses domínios, em associação a uma avaliação, de carácter mais clínico, da morbilidade física e mental e a uma abordagem do foro social” (p. 113).*

Estes autores enfatizam que a capacidade funcional está diretamente relacionada com a possibilidade da pessoa se autocuidar e desempenhar as tarefas inerentes aos cuidados pessoais e adaptação ao meio em que vive.

Segundo Paúl e Fonseca (2005), a capacidade funcional é determinada de acordo com o grau de autonomia nesse desempenho, e citando Botelho (2000), referem que:

*“em termos dicotômicos, se pode manifestar como independência (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade). De acordo com uma possível progressão da disfunção, pode ser vantajoso graduar a dicotomia em quatro níveis: I) independência – ausência de recurso a qualquer apoio; II) autonomia – recurso a apoios mecânicos; III) dependência – recurso a apoio a terceiros; IV) incapacidade – em que o apoio de terceiros substitui a função”* (p. 113).

Por seu lado, Serra et al. (2012), defendem que a mensuração da (in)capacidade funcional permite-nos acompanhar a evolução da pessoa no seu processo de reabilitação, com o claro objetivo de ajustar intervenções terapêuticas e atestar ganhos em saúde através da aquisição de melhorias. Neste sentido, a modificação na capacidade funcional representa um indicador inequívoco dos programas de Enfermagem de Reabilitação.

A recuperação da função motora é um elemento chave da reabilitação, cujos objetivos são permitir que a pessoa recupere a máxima função, coordenação, força, resistência, conforto e segurança (Hoeman, 2011).

Os programas de enfermagem de reabilitação, deverão ser baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas e, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação (2011), têm como objetivos:

*“(...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD`S, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...). Visam promover a qualidade de vida, a reintegração da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (p. 8658).

O Instituto Nacional para a Reabilitação (art.º 26, 2010), na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, preconiza que os programas de reabilitação *“tenham início o mais cedo possível e se baseiem numa avaliação multidisciplinar das necessidades e potencialidades de cada individuo”* (p.24).

O estudo dos fatores promotores da funcionalidade têm sido alvo de investigação por parte de diversos autores, importando aqui explicar alguns desses resultados, pela expressão e importância que assumem na prática clínica.

Robinson (1999), ao estudar “*as transições na vida das mulheres idosas que tiveram FA*”, identificou alguns fatores de promoção da função, nomeadamente, reconhecer o progresso, fazer adaptações para as AVD’S, e aceitar a ajuda para compensar as perdas.

Resnick *et al.* (2007), no seu estudo sobre “*a relação entre o estado psicossocial e o comportamento face ao exercício das mulheres idosas, dois meses após FA*”, relacionou positivamente o sentimento de auto-eficácia da pessoa, com a iniciativa, envolvimento e persistência em determinada atividade funcional.

Baixinho (2008), realizou uma revisão sistemática da literatura sobre a capacidade de marcha após fratura do colo do fémur, demonstrando a existência de declínio funcional evidente e destacando como fatores potenciadores do estado funcional, a capacidade de autonomia anterior no autocuidado, condição física pré-fractura, estado emocional pós-cirurgia, existência de suporte emocional e social.

Young & Resnick (2009) ao investigarem a eficácia da reabilitação pós FA na recuperação funcional, decorrido um ano de implementação de um programa de reabilitação, concluíram que os cuidados de reabilitação foram determinantes na recuperação, mas os participante referiram ainda características intrínsecas aos sujeitos, nomeadamente motivação, proatividade no programa, autodeterminação, otimismo, assim como o suporte sociofamiliar e espiritual.

Segundo Martins e Mesquita (2016), os ganhos em reabilitação e na funcionalidade definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente das pessoas, estando ligados ao modo e tempo de realização desses processos. Importa por isso, que a reabilitação se inicie o mais precocemente possível no internamento, e tenha continuidade no pós-alta e no período de readaptação ao domicílio e à comunidade. As evidências encontradas por estes autores, mostram que a incapacidade funcional dos idosos resultantes das fraturas da extremidade superior do fémur apresenta níveis diferenciados de dependência e confirma a multiplicidade de fatores que podem interferir nessa dependência. Os resultados mostraram que 40% dos idosos são independentes, 21,7% apresentam dependência moderada e 38,3% apresenta dependência severa.

Petronilho et al. (2010), num estudo que teve como finalidade explorar a capacidade funcional da pessoa após evento crítico de saúde, identificaram quatro fatores determinantes na perda de autonomia destas pessoas: a perda de força muscular, perda de equilíbrio, perda de capacidade para a realização de movimentos articulares “finos” e perda da capacidade na coordenação dos movimentos.

Assim, seguindo esta lógica de pensamento, e segundo Carneiro, Alves e Mercadante (2013), o objetivo major da reabilitação no tratamento pós-operatório de pessoas com fratura do fêmur, passa por promover o fortalecimento muscular, capacitar para a deambulação e assim, potenciar a independência funcional da pessoa. Neste contexto, os exercícios para fortalecimento dos abdutores e adutores da coxofemoral são efetivamente de grande importância, na medida em que promovem melhoria do equilíbrio dinâmico da pessoa, evitando quedas com maior estabilidade lateral durante a deambulação.

Pela revisão teórica atrás documentada, podemos inferir que a recuperação funcional, reveste-se de crucial importância no processo de reabilitação, sendo passível de medição no domínio do desempenho da pessoa com FEFP nas AVD`S e autocuidado, e permitindo assim, aferir os ganhos conseguidos.

A DGS (2003), propõe recomendações para a intervenção dos profissionais com o objetivo de uniformização de procedimentos, otimização dos resultados funcionais, diminuição do tempo de internamento e dos custos associados. Seguindo as recomendações emanadas, após o tratamento cirúrgico da fratura, a reeducação motora incidirá em três vertentes principais:

- Mobilização articular da anca operada e restantes articulações dos membros;
- Fortalecimento muscular, em especial do membro operado, em isometria ou através de exercícios isotônicos;
- Treino das transferências e da marcha, dependentes do potencial da Pessoa.

De acordo com a mesma fonte, a mobilização da anca operada e a carga sobre o membro operado, durante a marcha, poderão ser efetuadas com ou sem restrições. A mobilização da anca operada é realizada sem restrições, na grande maioria das intervenções cirúrgicas,

respeitando apenas a tolerância da pessoa. A carga sobre o membro operado vai depender da estabilidade da fratura e do tipo de implante utilizado.

A transferência da pessoa do leito para a cadeira pode realizar-se após a remoção dos drenos, desde exista tolerância e estabilidade hemodinâmica. A locomoção pode ser então iniciada (24-48 horas após a cirurgia). A pessoa que realizava marcha, antes da fratura, deverá fazer o treino com o auxiliar mais adequado para a suas capacidades, iniciando habitualmente com o apoio de andarilho (DGS, 2003).

Os exercícios isométricos são indicados para articulações instáveis ou edemaciadas, pois as contrações isométricas produzem baixa pressão articular e são bem toleradas por pessoas idosas. Inicia-se com contrações de intensidade aproximadamente de 30% da força máxima. A contração não deve ser mantida por mais de seis a 10 segundos e as repetições devem ser aumentadas para de oito a 10, conforme tolerado pela pessoa (Rogind, 1998, cit. por Garcez-Leme, Nobre & Pedrinelli, 2009).

Os exercícios de alongamento atuam nas estruturas musculares, ligamentos, tendões e fáscia, tendo como efeitos o aumento da mobilidade, flexibilidade, assim como diminuição da tensão muscular, preparando o corpo para uma atividade física mais dinâmica, reduzindo assim os efeitos causados pela imobilização prolongada. O uso do alongamento prolongado e lento minimiza a ativação do fuso muscular e o reflexo da contração do músculo alongado (O'Sullivan & Schmitz, 2010). Este tipo de exercícios terapêuticos são de real importância no pós-operatório da pessoa com FEFP.

A propriocepção enquanto capacidade de percepção consciente da posição ou movimento articular torna-se, de igual modo, um aspeto a ter em conta no programa de reeducação motora, durante a fase inicial do treino de controle neuromuscular dos movimentos funcionais. Depois de uma lesão de tecidos moles ou de articulação, a propriocepção e cinestesia são afetadas e alteram o controle neuromuscular. O restabelecimento e o uso das informações sensoriais para iniciar e controlar o movimento é uma das prioridades na reabilitação em pessoas com fratura de fêmur (Colby & Kisner, 2009).

Atualmente, outro recurso para o tratamento e reabilitação deste tipo de fraturas é a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). É definida pela Associação de Terapia Física Americana como aplicação terapêutica não medicamentosa através de estímulos elétricos na superfície da pele, estimulando os nervos periféricos para controlo sintomático da dor aguda ou crónica. Ao reduzir a dor, permite melhorar a funcionalidade,

com redução do uso de analgésicos e aumentado a amplitude de movimento (Montenegro & Silva, 2010; Gorodetskyi, Gorodnichenko, & Tursin, 2007).

Alguns estudos, têm demonstrado que o tratamento com uso da Estimulação elétrica funcional (FES) na pessoa pós-fratura de fêmur, associado a um programa de reabilitação intensivo, tende a ser bastante benéfico produzindo o aumento da velocidade da marcha, pois aumenta a força dos músculos inibidos (Carneiro & Mercadante, 2013).

Assunção, Fernandes, Santos, Sakaki e Zumiotti (2009), estabelecem uma correlação positiva entre o período de reabilitação pós-operatório e a capacidade de marcha, reforçando que as pessoas que fizeram treino de marcha precoce, foram os que apresentaram melhor prognóstico ao fim do primeiro mês.

Na opinião de Chainça, Rebelo e Almeida (in Cruz, Oliveira, & Conceição, 2009), promover a mobilidade implica melhorar as capacidades motoras, aumentar o potencial de reabilitação, promover o regular funcionamento do organismo e prevenir complicações inerentes à imobilidade, como a rigidez articular e a atrofia muscular. Assim, preconiza-se o ensino, instrução e treino sobre a realização de exercícios isométricos e isotônicos, com especial incidência no trabalho do quadrícipite e glúteos para facilitar o retorno à deambulação. Segundo os mesmos autores, a mobilização ativa deve ser contemplada de acordo com as restrições terapêuticas exigidas. A tonificação dos músculos dos membros superiores, deve claramente, ser incluída neste programa para facilitar a utilização de dispositivos auxiliares de marcha.

Nesta linha de pensamento, Lourenço e Mendes (2010), reforçam a ideia, de que os programas de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores (tricípite e quadrícipite) são essenciais para potenciar o desempenho nos vários autocuidados afetados. Concretizam que, *“para executar a atividade de transferência é indispensável o envolvimento dos extensores do cotovelo para realizar “push-up” e sustentação do peso do corpo”*. *Para melhorar o desempenho na marcha é essencial “executar exercícios de contração muscular (...) potenciar a força muscular dos músculos da coxa (...) membros superiores e tronco”* (p.56-58).

De facto, os ganhos que advém da implementação de programas de reabilitação na pessoa com FEPF são visíveis em diversos resultados de investigação. Rockwood (2007) elaborou um estudo, onde refere que os idosos com fratura proximal do fêmur submetidos a um programa intensivo de reabilitação, que foi aumentando gradualmente ao longo do

internamento, atingiram um grau de independência e autonomia mais rápido e usava os produtos de apoio com mais facilidade.

Não obstante, o reconhecimento da importância da reabilitação da pessoa com FEPP e a evidência do impacto positivo destes cuidados, nos dias de hoje, ainda fica a percepção de que a continuidade dos cuidados de reabilitação pode não ser percebida como uma parte integrante dos cuidados globais, não sendo assumida como verdadeira prioridade, o que pode colocar em risco o potencial de recuperação da pessoa, na transição para casa pois, “ *adquirir independência para a mobilidade depende da velocidade com que os músculos não utilizados voltam a adquirir tonicidade através do exercício*” (Cunha, 2008, p. 8).

Por tudo o exposto anteriormente, o processo de reeducação funcional da pessoa com FEPP é uma questão sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação, e que concorre diretamente para uma transição mais saudável, com garantia de uma maior autonomia e funcionalidade, concorrendo para uma adaptação mais eficaz e conseqüentemente para uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas na transição para casa.

Estes programas de reabilitação, devem ser desenvolvidos para, e com a pessoa e ser construídos com base na sua situação particular, permitindo a avaliação da forma como vive a transição, já que esta implica mudança, readaptação, e a aquisição de uma nova identidade (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000), fundamental no processo de reabilitação da pessoa que foi vítima de FEPP e que necessita de se readaptar às alterações impostas, repentinamente na sua vida.

### 2.3 – A PREPARAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA CASA E ADAPTAÇÃO

A preparação do regresso a casa, surge, da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos cuidados em casa e implica assumir uma intenção de ajuda, que tem por base o conhecimento da necessidade de ajuda, de modo a que esta transição ocorra da forma mais suave possível para a pessoa com FEPP.

Assim, segundo Borgneth (2004), o principal objetivo do processo de reabilitação passa pela inclusão da pessoa na sociedade, valorizando o seu processo adaptativo e gerando equilíbrio entre as alterações que apresenta e as suas potencialidades.

O objetivo principal do enfermeiro de reabilitação de acordo com Cerveira (2011), é levar a pessoa a reintegrar-se na sociedade, com o maior nível de autonomia possível e o mais próximo do que era antes da fratura. Este processo, é maioritariamente desenvolvido em contextos de transição, como o internamento hospitalar, a alta para o domicílio, a recuperação e a reabilitação (Abreu, 2010).

Para Fonseca (2005), *“as transições referem-se a acontecimentos de vida experimentados pela generalidade dos indivíduos num dado contexto sociocultural, com impacto suficientemente grande e relevante para que sejam consideradas como variáveis com um elevado valor explicativo da ocorrência de mudanças”* (p. 88).

Segundo Collière (2003), a vida é composta por sucessivas passagens, e entre cada duas passagens existe uma etapa que necessita de ser ultrapassada, passamos para um outro patamar que nos prepara para um novo estado. Constitui-se como uma prova de adaptabilidade ou de ajustamento, que nos permite passar do habitual e conhecido para desconhecido. A autora concretiza que *“qualquer passagem nos obriga a abandonar alguma coisa, para nascer para outra coisa. Leva a uma perda, a um luto do que acontecia antes, daí a crise, ou seja, a rutura e o corte com o estado anterior”* (p. 175).

A transição para uma nova condição de saúde insere-se no desenvolvimento do ciclo de vida da pessoa e, de acordo com Meleis et al. (2000), implica uma mudança de vida, de saúde, de relacionamentos, ou ambientes. No entanto, nem toda a mudança implica transição. A autora enuncia que mudanças na saúde e doença das pessoas criam processos de transição, tornando-as mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde e o seu bem-estar, enumerando como exemplos: diagnósticos de doença, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação, família cuidadora, envelhecimento, entre outros. A mesma fonte refere que *“os enfermeiros são frequentemente os cuidadores primários dos clientes e suas famílias submetidos à transição. Eles assistem às mudanças e desafios que as transições trazem à vida diária dos clientes e suas famílias”* (Meleis et al., 2000, p. 13).

Uma fratura do fémur é geralmente um acidente súbito que frequentemente causa incapacidade funcional, implica mudança, gera vulnerabilidade, desencadeando um processo de transição, que como nos refere Meleis et al. (2000):

*“as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos, criam um processo de transição e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos que*

*podem afetar a sua saúde. Descobrir estes riscos pode ser possível e reforçado através da compreensão e entendimento, pelo enfermeiro, do processo de transição” (p.12).*

O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), é muitas vezes o primeiro profissional a estabelecer contacto com as pessoas e suas famílias, que vivenciam estes processos de transição, percecionando, desta forma, as futuras alterações e dificuldades na vida diária. Responsabilizam-se por efetuar diagnósticos de enfermagem abrangentes que facilitem a conceção de planos “*de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde /doença e ou incapacidade*” (OE, 2010, p. 4). O EEER é, portanto, detentor de um conjunto de competências que lhe permitem acompanhar a pessoa neste processo de transição, promovendo uma adaptação contínua, alicerçada numa continuidade de cuidados na transição para casa.

A transição, na perspetiva de Meleis et al. (2000), requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e desenvolva adaptações que podem envolver a redefinição do próprio self. O enfermeiro deve compreender o processo de transição da pessoa e família/cuidador, e implementar intervenções de ajuda efetiva, para proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar, preparando-os para as transições e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com sua situação de saúde/doença.

Segundo a Teoria das Transições de Meleis (2000), cada período de transformação corresponde a momentos marcantes da vida, implicando que a pessoa desenvolva novos comportamentos nos diversos contextos em que se insere, redefinindo o seu *eu*, e promovendo transformações no seu estado de saúde, relacionamentos, expectativas e habilidades.

De forma simplificada, a transição é dividida em fases: entrada, passagem e saída. O processo de transição é concluído quando a pessoa readquire estabilidade, visualizada por indicadores, como bem-estar subjetivo, nas relações e no desenvolvimento satisfatório de seus papéis sociais.

Esta teoria é suportada por quatro conceitos fundamentais, que se caracterizam da seguinte forma: natureza (tipo, padrões e propriedades da transição), condicionantes da transição (facilitadores ou inibidores do processo e relacionados à pessoa, à comunidade

e à sociedade), padrões de resposta (indicadores de processo e resultado da transição, que direcionam a terapêutica de Enfermagem) e intervenções terapêuticas de Enfermagem propriamente ditas.

O tipo de transição pode ser dividido em desenvolvimental (alterações do ciclo vital), situacional (modificação de papéis), saúde/doença (mudança de condição saudável para a doença) e organizacional (mudança no meio social, político e/ou econômico) (Meleis, 2007). Os padrões de resposta são separados em indicadores de processo visualizados pelo sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e  *coping*, e por indicadores de resultados expressos em mestria/domínio de novas competências e reformulação de identidades/ integração fluida. A mestria remete ao alcance de um resultado positivo e saudável, a partir das vivências do processo de transição (Meleis, 2010).

A transição é um fenômeno individual sem estrutura definida, sendo que a subjetividade e os significados envolvidos podem ser atribuídos a diferentes momentos de transição, que variam conforme as experiências, as reflexões e as características pessoais. Os processos de transição interagem com as definições de si próprio e da situação de transição originadas na pessoa que as vivencia e pressupõe mudanças no estado de saúde, nos relacionamentos, funções, expectativas e habilidades das pessoas (Meleis, 2010).

Para compreender as experiências das pessoas durante as transições, é preciso conhecer as limitações pessoais, da comunidade e sociedade, pois são estas que podem facilitar ou dificultar o processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

Atendendo a que a família cuidadora constitui um elemento fundamental no processo de transição para casa da pessoa com FEPE, corroboramos a opinião de Petronilho (2007), ao enfatizar que prepará-la para esta função dotando-a de conhecimentos de acordo com as suas potencialidades, através de ensino, instrução e treino, promove a continuidade e a qualidade de cuidados, minimizando o impacto da mudança na vida dos sujeitos, e favorecendo o desenvolvimento de estratégias de adaptação (Petronilho, 2007).

Meleis (2010) reforça esta ideia sugerindo que a preparação antecipada para a transição facilita este processo, enquanto a falta de preparação se apresenta como um fator inibidor. Assim, sublinha-se a importância do enfermeiro como agente facilitador do processo de transição.

Sendo um processo contínuo e holístico, no caso específico da pessoa com FEPE, para a DGS (2003), implica conhecer a pessoa na sua globalidade, para além da instituição de

saúde. Apreender o ambiente familiar, as relações afetivas, a disponibilidade dos familiares (quando existam), ou mesmo das instituições de suporte social, é a questão fundamental para a preparação da alta clínica. Esta só deverá acontecer quando a pessoa, apresentar um bom nível de independência e segurança na realização das AVD`s e desenvolver a capacidade de integrar conceitos gerais de segurança e risco nas restantes atividades (Parente, C., cit. por Cruz et al., 2009).

O enfermeiro de reabilitação contribui, pelo seu papel de proximidade, no acompanhamento holístico das pessoas no seu processo de reabilitação, sendo a sua ação essencial, pois tem uma *“obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, não só para assegurar que os utentes mantêm as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e para prevenir complicações, como para defender o seu direito de qualidade de vida, à socialização e à dignidade”* (Hoeman, 2000, p. 69).

A preparação da transição para casa exige uma avaliação inicial das necessidades da pessoa, tendo em conta o seu potencial anterior e permitindo prever as necessidades futuras. O conhecimento destas necessidades deve ser global e ir para além da instituição hospitalar. Os recursos da comunidade são essenciais para promover a continuidade dos cuidados às pessoas com alterações da mobilidade resultantes de fratura do fémur e o enfermeiro assume o dever de: *“conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”* (art.º 80.º C.D., 2009).

O processo de reabilitação é único e pessoal e não deve, em nosso entender, terminar no hospital, mas sim quando a pessoa se torna autónomo e independente no meio ambiente em que se movimenta. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e a pessoa, devendo ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo de independência funcional (Pereira, 2003).

Nesta perspetiva de articulação dos cuidados de enfermagem, Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira (2012), referem que a continuidade dos cuidados pressupõe um *“continuum entre o meio hospitalar e a família/comunidade”* (p.25), reforçando a

necessidade de seguimento dos cuidados de enfermagem, na medida em que a ausência desta continuidade pode colocar em risco a globalidade destes mesmos cuidados.

A este respeito, Collière (2003), aborda a continuidade de cuidados afirmando que *“qualquer carência em cuidados de manutenção e de continuidade de vida, ou a sua inadequação, leva a um agravamento da dependência e instaura situações quase letárgicas para as pessoas atingidas pela dependência e para os que a rodeiam”* (p. 387)

Na manutenção desta continuidade de cuidados, é fundamental o envolvimento da família no plano de reabilitação, em especial quando a recuperação se transfere para o domicílio. É a família que convive diariamente com a pessoa, identificando alterações e necessidades exigindo, portanto, conhecimentos e capacidades, sendo que, *“uma família envolvida é essencialmente uma família esclarecida e cooperante, uma família unida e certamente menos ansiosa, mais confiante e responsável pela assistência à pessoa”* (Branco & Santos, 2010, p. 127).

Neste sentido, os normativos da OE (2010) referem o papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no planeamento da alta, citando que *“... 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...”* (p. 1).

Hesbeen (2003), refere que o papel e as necessidades ou expectativas dos cuidadores não podem ser minimizadas. Estes necessitam de ações educativas, de entrevistas de orientação direcionadas para os aspetos com que se irão confrontar após a alta.

Roy et al., cit. por Marques (2011), afirmam que a instrução e treino sobre os cuidados a prestar no domicílio são fundamentais no desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidar com situações de dependência, que acabam por se repercutir na qualidade de vida dos cuidadores e da própria pessoa.

Esta aprendizagem exige um modelo educativo em saúde que prepare os prestadores para os cuidados de âmbito domiciliário, de forma programada e sistematizada, pelo que Cesar e Santos (2005) afirmam que existe necessidade de criar estratégias de ensino, com o objetivo de preparar o cuidador, de forma a que este consiga dar continuidade aos cuidados à pessoa dependente no domicílio.

Esta continuidade, é defendida de igual modo por Marques (2011), ao referir que, o prestador de cuidados necessita que lhe seja disponibilizada informação e formação

completa, para ser capaz de dar resposta às necessidades da pessoa, para saber como contar com os direitos existentes e como procurar a ajuda dos serviços de saúde.

Hoeman (2000), refere que o enfermeiro de reabilitação tem a competência de ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar as pessoas e seus cuidadores nas suas AVD`S, para níveis máximos de independência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), a enfermagem:

*“atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte”. “são elementos importantes face à readaptação funcional [...] o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (p. 19).*

O *empowerment* da família assume assim, especial importância no que respeita à sua capacitação para a garantia da continuidade de cuidados. A articulação entre os diferentes contextos de cuidados e a equipa de cuidados no domicílio é fundamental para garantir e promover esta eficácia, em que *“o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo”* (Faro, 2006, p. 128).

A capacitação da pessoa para o retorno à sua máxima autonomia é *“procurar o que vai poder voltar a fazer, progressivamente”* (Collière, 1989, p. 319), e simultaneamente acompanhar a pessoa e família/cuidador no desenvolvimento de mestria.

O envolvimento do familiar/pessoa significativa no processo de cuidar, durante o período de internamento *“torna-se fundamental para a continuidade de uma recuperação eficiente após a alta hospitalar”* (Parente, C., cit por Cruz, et al., 2009, p. 129).

A presença e participação do cuidador nas atividades de reabilitação durante o internamento contribui para preparar o regresso a casa de uma forma mais efetiva, e Petronilho (2007), refere-se a este envolvimento ao afirmar que *“os ganhos em saúde da pessoa dependente, como a promoção do bem estar e auto cuidado, a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de complicações, são obtidos, fundamentalmente, através do desempenho eficaz de uma pessoa intermediária, prestador de cuidados”* (p. 51).

Na preparação do regresso a casa importa analisar a situação da pessoa de forma personalizada e abrangente, efetuando um plano de alta rigoroso, que contemple as necessidades no contexto domiciliário. Assim, o EEER *“promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”* (OE, 2010, p. 4), tendo em conta o enquadramento da problemática da pessoa/família no contexto de vida, mobilizando e interligando conhecimentos sobre a situação da pessoa e os aspetos legislativos, normativos e recursos da comunidade, numa perspetiva de integração e inclusão social promovendo a autonomia e qualidade de vida.

Após uma FEPP, estas questões assumem particular importância e aquando da transição para casa, a pessoa poderá deparar-se com barreiras arquitetónicas e outros obstáculos que anteriormente não constituíam problema algum.

O conhecimento dos fatores ambientais é crucial, mais especificamente, perceber como são as habitações, a adequação do espaço, as acessibilidades, a proximidade ou não de instituições prestadoras de apoios, a relação com a vizinhança, assim como as condições socioeconómicas, sendo prioritário:

*“detetar e despistar as “ameaças” e barreiras sentidas pelo doente e família é um trabalho que deverá ser desenvolvido durante o internamento, o mais precocemente possível. Deste modo, será possível preparar a reintegração na comunidade, eliminando barreiras, sejam elas psicológicas ou físicas, acionando os recursos disponíveis na comunidade, para que funcionem como agentes facilitadores da reabilitação do doente”* (DGS, 2003, p. 24).

Assim, parece fundamental que sejam criadas condições de acesso e delineadas estratégias para adequar o ambiente às necessidades da pessoa. No âmbito das suas competências, o EEER, *“identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a sua eliminação, no contexto de vida da pessoa, de forma a ultrapassar os défices motores, aumentar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida. Para além disto, também “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Regulamento n.º 125/2011).

A continuidade dos cuidados de reabilitação aquando do regresso à comunidade requer uma interligação das equipas pluridisciplinares, atempadamente, permitindo conhecer toda a rede de apoio institucional, avaliar os recursos existentes e disponíveis e acionar os mecanismos de apoio e intervenção necessários. O enfermeiro no seu exercício, de

acordo com o seu Código Deontológico (CD), assume o dever de “*contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*” (art.º 89.º, C.D., 2009).

Esta preocupação com a continuidade de cuidados ultrapassa a esfera individual e profissional, e tem representado nos últimos anos, uma estratégia inequívoca por parte das políticas de saúde, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, que contemplam as designadas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). As ECCI são equipas de cuidados domiciliários, que segundo a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (UMCSP), (2007), direcionam a sua intervenção multidisciplinar para pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou processo de convalescença, cuja situação, não requer internamento. Relativamente a esta questão, em 2009, a Ordem dos Enfermeiros reconheceu a necessidade de cuidados especializados na assistência ao domicílio, recomendando a dotação de todas as ECCI com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER).

Assim, a nosso ver, o EEER aquando do internamento da pessoa deve reunir informação sobre a instituição cuidadora da comunidade, e delinear estratégias que facilitem a articulação de cuidados de reabilitação, evitando a sua descontinuidade ou ausência na transição para casa.

Na promoção da continuidade de cuidados a pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a fratura do fémur, da nossa experiência, reforçamos a importância de considerar esta articulação com as redes de apoio da comunidade, além dos centros de saúde e RNCC, centros de dia e todas as instituições que prestam serviços de apoio domiciliário, como formas de suporte e assistência e de facilitação da transição para casa.

A este respeito, Louro (2009), define a continuidade dos cuidados, como a sequencialidade no tempo de intervenções integradas de saúde e de apoio social. Na conceção de Leitão e Freitas (2007), esta representa um processo de atividades que envolve a pessoa/família, os prestadores de cuidados hospitalares e comunitários, que trabalhando em conjunto, permitem a transição entre dois níveis de saúde.

Um estudo de Zidén, Frändin e Kreuter (2008), que compara a reabilitação em casa das pessoas com fratura da anca, com a reabilitação convencional em instituição, concluiu que, a reabilitação em casa aumenta a confiança e independência na realização das AVD's

e melhora o equilíbrio, quando comparada com a reabilitação convencional em instituições. Os mesmos autores comprovaram ainda, que raramente a estrutura física do domicílio está preparada para as situações de alteração da mobilidade, acrescentando o facto da pessoa idosa ao longo da vida angariar um conjunto de objetos/mobiliário no seu lar, que associados a hábitos de vida e alterações comuns do envelhecimento constituem fatores, que nesta situação de saúde, não favorecem o retorno à independência de uma forma segura, o que mais uma vez reforça a importância da intervenção de EEER em contexto domiciliário.

A intervenção do EEER no domicílio é referenciada pela Ordem dos Enfermeiros (2010), ao defender que, este presta cuidados a pessoas e famílias com necessidades especiais no domicílio, fazendo parte da sua esfera de competência identificar barreiras arquitetónicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas; promover a máxima independência nas AVD's e acrescentar qualidade de vida, no sentido da capacitação e *empowerment*, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores; criar e gerir bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade.

A DGS (2003) adverte que *“a prevenção de novas fraturas deverá ser uma prioridade para todos os profissionais que acompanham estes doentes”* (p. 28), pelo que esta intervenção diferenciada do ER promove um ambiente seguro, contribuindo para a prevenção de quedas, e novos reinternamentos.

Nesta lógica, a preparação da transição para casa, deve ser uma realidade durante todo o internamento, através da preparação da pessoa e família, incluindo referências ao seu futuro no domicílio, desconstruindo dúvidas, medos e inseguranças, que induzem a dependência do meio hospitalar, com relutância em aceitar que o momento da alta chegou. Possibilitar a vivência de uma transição suave, sem sobressaltos e em segurança, constitui o objetivo a perseguir.

Sobre os efeitos associados ao processo de transição para casa, a evidência científica é já considerável, a maior parte relacionada com a falta de preparação do prestador de cuidados da pessoa com dependência e dificuldades com que se deparam no desempenho desse papel (Mendonça, 2017; Pereira, 2015; Petronilho, 2007). As intervenções implementadas que melhor facilitem o processo de adaptação da pessoa com FEPP face a uma situação de imprevisibilidade e de vulnerabilidade gerada pela transição para casa, em situação de dependência, estão menos estudadas.

A pesquisa da literatura existente sobre a vivência das transições permitiu-nos aceder a alguns estudos interessantes na área da saúde e da Enfermagem em particular, em que percebemos a multiplicidade de fatores que interferem nestes processos, ajudando-nos a contextualizar melhor os aspetos a ter em conta, no planeamento de estratégias para uma transição bem sucedida, e levando-nos assim, a refletir sobre a multiplicidade de respostas da pessoa em transição.

Soares (2013), ao desenvolver um estudo sobre as vivências dos familiares face ao internamento de um membro, em contexto hospitalar, identifica esta transição como causadora de mudanças, necessidades, dificuldades, preocupações e estados emocionais no seu dia a dia, assim como alteração das dinâmicas familiares.

Morais (2010), ao caracterizar o processo de transição da pessoa submetida a artroplastia total de anca (ATA) e seu cuidador, do meio hospitalar para o domicílio, conclui que, as maiores dificuldades vivenciadas pelas pessoas em casa, foram intrinsecamente ligadas às próprias limitações da intervenção cirúrgica (Mobilidade, Dependência de terceiros nas AVD's, Adaptação às limitações; Higiene). Por parte do cuidador, as maiores dificuldades, encontraram-se relacionadas com o serviço doméstico, os cuidados diretos, as condições económicas e a deslocação aos serviços de apoio/transporte.

Quando se fala em processo de transição saúde/doença, inevitavelmente, teremos que abordar o processo de adaptação, ou a forma como a pessoa supera a vivência da crise, como ultrapassa as incapacidades e até que ponto consegue restabelecer o equilíbrio na sua vida, mantendo a procura pela evolução do seu estado funcional e a recuperação da autonomia.

Segundo o ICN (2002), a Adaptação é definida como sendo a “*disposição para gerir novas situações e desafios*” (p. 50).

Este termo genérico subdivide-se em *Coping* e *Autocontrolo*. As respostas ou *estratégias* utilizadas para lidar com o stress, nomeiam-se por *processo de coping*.

Sobre este assunto, Bastos et al (2005), referem que “*as estratégias de coping utilizadas têm objetivos específicos de manter o stress sob limites, (...), restabelecer relações significativas, manter a auto-estima, manter alguma esperança na reabilitação e perspectiva de futuro*” (p. 51).

O conceito de adaptação baseado na teoria de adaptação da Teórica Callista Roy (cit por Tomey e Alligood, 2004), está diretamente ligado aos conceitos de Enfermagem, saúde e ambiente. A pessoa está em contínua interação com o ambiente para encontrar estímulos, da qual resulta uma resposta, que pode ser uma adaptação ou uma resposta ineficaz.

As respostas de adaptação são as que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir os objetivos de adaptação, isto é, sobrevivência, crescimento e transformação da pessoa e do ambiente. As respostas ineficazes são respostas que não conseguem atingir a adaptação ou que constituem uma ameaça a que esta ocorra. Neste contexto, a Enfermagem assume o objetivo de promover a adaptação, ajudando a gerir o ambiente e procurando como resultado um nível ótimo de bem-estar por parte da pessoa. (Tomey e Alligood, 2004).

Enquanto sistema de vida aberto, a pessoa recebe inputs ou estímulos do ambiente e de si próprio. O nível de adaptação é determinado pelo efeito combinado dos estímulos focal (interno ou externo que confronta o sistema humano), contextual (os que contribuem para o efeito do estímulo focal) e residual (fatores ambientais com efeitos pouco claros (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo a teórica Callista Roy, no processo de interação com o ambiente em mudança a pessoa utiliza mecanismos de coping, sendo estes mecanismos de natureza inata ou adquiridos. Os mecanismos de coping inatos “são geneticamente determinados (...) e vistos como processos automáticos (...) e os mecanismos de coping adquiridos são desenvolvidos através de estratégias como a aprendizagem.” (Roy & Andrews, 1999, cit por Tomey et al, 2004).

A adaptação ocorre quando a pessoa responde positivamente às alterações ambientais. Esta resposta adaptativa promove a integridade da pessoa, o que conduz à saúde. As respostas ineficazes aos estímulos conduzem ao desmembramento da integridade da pessoa (Roy & Andrews, 1999, cit por Tomey et al, 2004).

A autora Roy (2001), considera o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação das pessoas e grupos em quatro modos de adaptação (modo adaptativo: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel), contribuindo desta forma para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade. Este modelo inclui a noção de estímulos e respostas. Perante um estímulo, surge a necessidade de resposta por parte da pessoa, para isso são acionados mecanismos de enfrentamento os quais se

processam por meio de dois subsistemas definidos como regulador e cognoscente. Aquele pode ser de natureza química, neural e endócrina, já o subsistema cognoscente está relacionado às funções cerebrais superiores de percepção, de emoção ou de processamento das informações de julgamento.

Os comportamentos resultantes destes subsistemas são observados a partir de quatro modos adaptativos. No modo fisiológico a pessoa responde como um ser físico aos incentivos ambientais e envolve cinco necessidades básicas de integridade fisiológica (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção) e quatro processos complexos (sensitivo, líquido e eletrólitos, função neurológica e função endócrina). O modo de autoconceito enfoca os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa e inclui o self-físico (abrange a sensação e a autoimagem corporal) e o self-pessoal (engloba o self-consistência, o self-ideal e o self-ético-moral-espiritual).

Já o modo de função/desempenho de papel enfoca os aspectos sociais relacionados aos papéis que a pessoa ocupa na sociedade e por fim, o modo de interdependência que está relacionado à adequação afetiva bem como aos sistemas de suportes, comportamentos recetivos e comportamentos de contribuição identificando os padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação.

Os objetivos dos quatro modos adaptativos são fazer com que a pessoa alcance a integridade fisiológica, psicológica e social. Eles relacionam-se quando ocorrem estímulos internos ou externos que afetam mais do que um modo.

O nível da adaptabilidade da pessoa, muda de acordo com a variabilidade de estímulos sofridos do meio, gerando assim uma permanente troca de informações, estímulos e respostas.

Como complemento, importa igualmente fazer referência à Teoria dos mecanismos de adaptação e defesa da teórica Phaneuf (2002, cit por Tomey et al, 2004), que teoriza que *“os mecanismos de adaptação e defesa, são referidos como tendo na sua base “uma situação difícil, à qual a pessoa tem dificuldade em se adaptar por causa da ansiedade e das emoções vivas que ela suscita...” (p.227).*

Alguns mecanismos favorecem a adaptação, outros agem sob a forma de escudo contra a ansiedade, a perda de autoestima e o sofrimento. Alguns são nocivos ou ineficazes e outros têm função adaptativa ajudando a pessoa a voltar-se para um processo ativo de resolução de problemas. Segundo Phaneuf (2002, cit. por Tomey et al, 2004), nos

mecanismos defensivos, “*a pessoa procura inconscientemente, por diversos meios, negar, esconder, bloquear ou atribuir aos outros as suas pulsões inaceitáveis ou as emoções muito fortes ou muito desagradáveis que sente*” (p.230).

A função de ajuda à pessoa, implica avaliar estes mecanismos, e se estão a ter em cada momento uma função adaptativa positiva ou não. A pessoa necessitará de construir uma nova existência e não estar fixa na anterior, de modo a voltar a sentir-se bem consigo e com a sua vida.

A interligação entre estas duas teorias, permitem-nos comparar os mecanismos de coping inatos segundo a Teoria de Callista Roy, aos mecanismos defensivos de Phaneuf, pois de forma semelhante, estes são inconscientes e, portanto, inatos à pessoa.

Os mecanismos de adaptação da teórica Phaneuf podem ser equiparados aos mecanismos de coping adquiridos da teórica Callista Roy, uma vez que são respostas da pessoa adquiridas com a sua aprendizagem e experiências de vida que levam à sua adaptação.

O processo de adaptação/readaptação da pessoa com FEPP é centrado na pessoa, dado que esta, na sua singularidade, é quem passa pela experiência incapacitante, e influencia a pessoa nos seus diferentes domínios, podendo alterar conceitos que são significativos. Reportando-nos mais especificamente ao contexto da transição para casa, teremos de pensar na adaptação da pessoa ao seu ambiente, na adaptação do ambiente à pessoa e na promoção da adaptação familiar.

Os participantes de um estudo de adaptação à paraplegia acreditam que o processo de recuperação e adaptação depende fundamentalmente de si próprio. As pessoas demonstram a necessidade de lidar com os desafios, desenvolvendo estratégias de os superar (Henriques, 2004).

De acordo com o autor supracitado, os sujeitos desenvolvem mecanismos direcionados para lidar com as complicações da paraplegia “*como por exemplo a aprendizagem e a adaptação de determinadas técnicas, a introdução de hábitos facilitadores, a utilização e o acesso a determinados apoios para a prevenção de complicações, ou o recurso a apoios do sistema de saúde, podem permitir níveis de total autonomia na maioria das atividades*” (Henriques, 2004, p. 197-198 ). Estes mecanismos compensatórios, permitem desenvolver habilidades para resolver problemas, gestão mais eficaz do tempo e do espaço e superação dos obstáculos ambientais.

Seguindo esta linha de pensamento, da necessidade de adaptação, e mais especificamente, a necessidade de adaptação do ambiente à nova condição de saúde da pessoa, a revisão da literatura permitiu-nos verificar que a causa major de FEPF é a ocorrência de queda, pelo que se reconhece a suscetibilidade e vulnerabilidade para episódios repetidos, ganhando acuidade a necessidade de uma atuação preventiva a nível do ambiente.

Baseado em dados da European Network for Safety among Elderly (EUNESE), o documento de Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, refere que apesar dos idosos possuírem elevado risco de cair em casa, um número elevado de acidentes causados por queda são, passíveis de prevenção. Boas práticas baseadas na evidência provam a possibilidade de reduzir em 38% as lesões nos idosos através de métodos com custos eficazes. A diminuição da incidência de lesões pode melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos dos serviços de saúde (DGS, 2008).

Segundo a mesma fonte, é necessário tomar medidas de prevenção de modo a manter a segurança, facilitar a autonomia e a manutenção das AVD`S. A ação preventiva das quedas, poderá passar, pela realização de ajustes no domicílio e nos estilos de vida.

Os Programas de prevenção de quedas eficazes envolvem avaliação de risco sistemático e intervenções dirigidas aos riscos. Assume particular importância a implementação de programas de exercício físico, de inspeção ambiental e de redução de riscos (Rubenstein, 2006). O autor defende ainda como importantes intervenções preventivas: modificações nos domicílios, promoção da segurança no domicílio e promoção da segurança fora do domicílio.

Para Maciel (2010), as medidas preventivas carecem de uma visão multidisciplinar, de modo a contemplarem orientações aos idosos e seus familiares sobre:

- Os riscos das quedas bem como das suas consequências;
- A segurança do ambiente em que vive e circula;
- O estilo de vida no que se refere a dieta e exercício físico;
- A avaliação da situação global e periódica incluindo a função cognitiva, distúrbios de humor capacidade de realização de AVD`S e condições sociais;
- A racionalização de prescrição e correção de polimedicação;
- A avaliação oftalmológica anual;
- A avaliação nutricional;
- A indicação de atividade física;

- A correção de fatores de risco ambiental
- As medidas de promoção da saúde com orientação para a prevenção e tratamento de osteoporose.

Os fatores ambientais a ter em conta, são destacados por WHO (2007), nomeadamente degraus estreitos, piso escorregadio, tapetes soltos e iluminação deficiente, enquanto aspetos modificáveis na prevenção primária das quedas e suas consequências.

## **PARTE II – FASE METODOLÓGICA**

## CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

A concretização de qualquer investigação tem por base uma metodologia científica, que assenta num conjunto de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Estas opções metodológicas, serão abordadas no presente capítulo.

A escolha da metodologia diz respeito à estratégia ou a um conjunto de decisões acerca do desenho de estudo escolhido. Fortin (2003) define a fase metodológica como o conjunto dos métodos e das técnicas que visam a elaboração do processo de investigação científica.

Streubert e Carpenter (2002) defendem a utilização da investigação qualitativa, referindo que *“a incapacidade de medir quantitativamente alguns fenómenos e a insatisfação com os resultados da medição de outros conduziram a um interesse crescente pelo uso de outras abordagens, a fim de estudar fenómenos humanos”* (p. 1).

As mesmas autoras preconizam, de forma similar, que *“numa realidade humana como a Enfermagem é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação (...) com o intuito de descrever e compreender as experiências humanas”* (Streubert & Carpenter, 2002, p. 3).

A opção metodológica por nós desenvolvida, centrou-se numa abordagem qualitativa, uma vez que, o que se pretende é compreender a vivência da pessoa com FEFP na transição para casa, indo ao encontro de Ribeiro (2010), que defende que o grande objetivo da metodologia qualitativa é compreender o significado do fenómeno, tomando a perspetiva única dos participantes, permitindo considerar a complexidade do fenómeno estudado numa perspetiva holística e compreendê-lo dentro do local onde as pessoas a vivem.

Nesta linha de pensamento, apresentamos esquematicamente o desenho de investigação que norteia o nosso estudo, na figura que se segue:

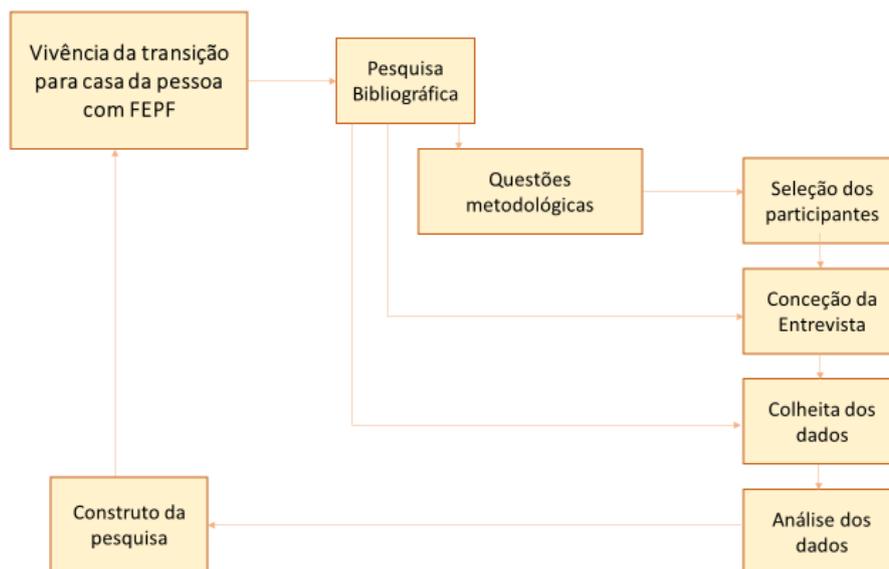


Figura 1 – Representação esquemática do desenho do estudo

Fonte: desenhado pela autora

## 1– O FENÓMENO EM ESTUDO

Atualmente, a FEFP representa um importante problema de saúde pública, com elevadas taxas de mortalidade e morbidade, tanto a nível mundial como nacional. Estando a sua ocorrência associada à idade avançada, e com o crescente aumento do envelhecimento, estima-se que a incidência das FEFP registem, concomitantemente, esta tendência.

Em Portugal, de acordo com um estudo elaborado em 2009 por Cruz et al., a incidência anual média de FEFP é de 270/100 000 habitantes. Acompanhando os dados a nível mundial, é esperado que em Portugal se registre um aumento da ocorrência de FEFP. Com o aumento estimado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) da população acima dos 50 anos para 4 329 624, em 2020, e 4 669 189, em 2050, a incidência de fraturas, a ser proporcional com o estudo em questão, rondará as 10 877 em 2020 e 11 609 em 2050.

As FEFP são causa de sérias consequências, que na maioria dos casos, se relacionam com a incapacidade funcional que daí avém, traduzindo-se em dependência de terceiros pela perda de autonomia e de capacidade de realização das suas AVD's, assim como repercussões negativas na sua qualidade de vida.

Rohde, Haugeberg, Mengshoel, Moum e Wahl (2010), desenvolveram um estudo com o intuito de estudar a qualidade de vida destas pessoas, concluindo que esta regista uma diminuição significativa um ano após a ocorrência de fratura para níveis inferiores aos níveis de base, sendo a ocorrência de uma FEPP, um fator preditivo forte de agravamento do estado físico nos idosos.

No contexto português, os resultados obtidos por Costa et al. corroboram o estudo de Rohde et al., ao verificarem que 74,5% das pessoas do sexo feminino com FEPP classificaram como razoável ou pobre a qualidade de vida relacionada com a saúde, e 42,5% afirmaram que o seu estado de saúde se encontra pior ou muito pior quando em comparação com o estado de saúde no ano anterior.

Numa fase pós-fratura, a capacidade que a pessoa tem para a marcha é a mais afetada, o que condiciona a aquisição de autonomia nas suas AVD'S (Ingemarsson, Frändin, & Mellström, 2003).

A condição de saúde daí resultante, impõe limitações à participação da pessoa no seu dia-a-dia. Estas restrições, provocadas pela alteração da funcionalidade provocam alterações no desempenho das suas AVD's e do seu próprio autocuidado. Esta realidade, a nosso ver, poderá influenciar a vivência pouco saudável da transição para casa da pessoa com FEPP, até porque na maioria dos casos, a pessoa com FEPP, no momento da alta, não se encontra totalmente recuperada, nem atingiu o seu nível de desempenho e mobilidade pré-fratura. De acordo com Phillips (2011), menos de metade das pessoas após FEPP, conseguem recuperar a sua funcionalidade prévia, o que condiciona algum nível de dependência, associado à diminuição da QDV.

O impacto das FEPP a nível económico, constitui efetivamente, um aspeto relevante na área da gestão hospitalar, dado os custos elevados que acarretam (Olsson, Nyström, & Karlsson, 2007), repercutindo-se no aumento da despesa em serviços de saúde.

Como refere Marques (2009), o crescimento exponencial com os gastos em meios terapêuticos e a dispendiosa ocupação de camas hospitalares, obriga à necessidade de racionalização de recursos e contenção nos gastos.

A crescente preocupação com as altas hospitalares mais precoces, leva o sistema de saúde a transferir para a família a responsabilidade pela situação de saúde do seu familiar (Louro, 2009). E neste contexto, a família é fundamental pois executa um papel muito

importante para os membros dependentes, possibilitando a manutenção das pessoas dependentes no domicílio (Martins & Mesquita, 2016).

O viver uma situação de saúde/doença pela ocorrência de uma FEPP, implica, na maioria das vezes, passar por uma experiência de dependência e reabilitação e por um processo de transição para casa com uma nova condição de saúde, acarretando desta forma, um conjunto de mudanças na situação de vida da pessoa e da sua família.

Por isso, as transições são “*processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente*” (Meleis, 2010, p. 359).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a exercer funções no contexto hospitalar, tem a responsabilidade de capacitar a pessoa e família para a transição para casa, e, simultaneamente, promover a continuidade de cuidados para a comunidade, permitindo que após o regresso a casa, exista um programa de suporte de serviços de saúde, necessário para apoio na gestão das dificuldades encontradas e das necessidades avaliadas (Turner, Fleming, Ownsworth & Cornwell, 2008).

Perante a dimensão deste fenómeno, e de todos os condicionalismos que compõem esta problemática, tornou-se pertinente para o investigador compreender o modo como a pessoa com FEPP vivencia a transição para casa, sendo o principal motivo de interesse desta dissertação. Tratando-se de uma vivência particular e pessoal, implica conhecer os sentimentos, emoções, experiências, representações e perceções da pessoa relativamente ao seu percurso de reabilitação, transição para casa e processo de adaptação a todas as mudanças operadas na sua vida.

## **2 - FINALIDADE E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

A finalidade deste estudo, em última análise, dado o seu carácter e âmbito, será contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da expansão do conhecimento sobre um aspeto de saúde com grande relevância no contexto onde exercemos funções – referimo-nos à problemática da vivência da transição para casa da pessoa com FEPP.

Ao contribuímos para aprofundar o conhecimento sobre fenómeno da vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF, nomeadamente no que respeita a sentimentos vivenciados, emoções despertadas, perceções, representações e experiências pessoais sobre o seu percurso de reabilitação e adaptação na transição para casa, estaremos indiretamente a criar condições para a melhoria da qualidade das intervenções implementadas pelos enfermeiros nesta área de cuidados, numa perspetiva holística, centrada na pessoa e seus cuidadores.

Assim, e alicerçados nesta problemática, partimos da questão de investigação central: *Quais as vivências da pessoa com FEPPF na transição para casa?*

Colocam-se-nos como sub-questões:

- Como experienciou a pessoa com FEPPF a vivência da transição para casa?
- Quais os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPPF, no seu processo de transição para casa?
- Qual a perceção da pessoa com FEPPF sobre o seu percurso de reabilitação?
- Quais os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPPF durante o seu percurso de reabilitação?
- O que representou na vida da pessoa com FEPPF, o processo de adaptação em casa?
- Quais os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPPF no seu processo de adaptação em casa?

### **3 – OBJETIVOS**

De forma a delimitar o nosso estudo e partindo da sua finalidade e questões formuladas, importa definir os objetivos que nortearam este percurso de investigação.

Definimos como objetivo geral:

- Conhecer a vivência da pessoa com FEPPF na transição para casa, nomeadamente, como as pessoas sentem, compreendem, interpretam, experienciam e representam este fenómeno na sua vida, desde o percurso de reabilitação ao desafio da adaptação.

Definimos como Objetivos específicos

- Conhecer como experienciou a pessoa com FEPP a vivência da transição para casa;
- Identificar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPP na transição casa;
- Compreender como experienciou a pessoa com FEPP o seu percurso de reabilitação;
- Analisar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPP no seu percurso de reabilitação;
- Compreender o processo de adaptação da pessoa com FEPP na transição para casa;
- Identificar os sentimentos/emoções experienciados pela pessoa com FEPP no seu processo de adaptação em casa.

#### **4 – TIPO DE ESTUDO**

Face à finalidade e objetivos da nossa investigação, pareceu-nos pertinente enveredar por um estudo qualitativo, de perfil exploratório, descritivo e de caráter transversal. Para além de observar e descrever o fenómeno em estudo no seu contexto natural, mais concretamente, o processo de transição para casa da pessoa que sofreu FEPP, explora ainda, como as pessoas vivenciam este processo. Tal como defendido por Triviños (1994), os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar o conhecimento em torno de determinado problema.

Do ponto de vista temporal, o nosso estudo pode ser classificado como transversal, de acordo com Fortin (2003), na medida em que contempla a recolha dos dados durante um período/ corte de tempo, num determinado momento.

Optámos por uma abordagem fenomenológica, uma vez que iremos tentar explorar e descrever formas de pensar, de sentir e de viver das pessoas com FEPP na transição para casa, no seu percurso de reabilitação e adaptação. Este “*visa compreender um fenómeno, para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles ou daquelas que vivem ou viveram essa experiência*” (Fortin, 1999, p. 148), permitindo, conhecer o sentido que as pessoas atribuem à experiência vivenciada.

A escolha desta abordagem relaciona-se, portanto com o facto de o método fenomenológico pesquisar fenómenos subjetivos na convicção de que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência vivida. É importante a experiência tal como se apresenta, e não o que possamos pensar, ler ou dizer acerca dela. O que interessa é a experiência vivida no mundo do dia a dia da própria pessoa, tal como defende Choen, cit por Loureiro (2002):

*“A aplicação do método fenomenológico na investigação em Enfermagem tem como objetivo principal responder a uma das questões clássicas da teorização da prática de cuidados de enfermagem e que vem sendo exposta desde Nightingale (1969), ou seja, a busca do entendimento das necessidades vividas pelos doentes de modo a responder a essas necessidades de forma efetiva” (p.11).*

A perspetiva fenomenológica está assim, diretamente relacionada com o objetivo da investigação, dado que, consiste em conhecer a realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem. De acordo com Fortin (2009), a fenomenologia consiste na explicação de diversas experiências saúde/doença e de diversas experiências de cuidados e o investigador vai incidir sobre a realidade tal como é percebida pelas pessoas.

Da mesma forma, Ribeiro (2008) reforça que a fenomenologia é o estudo das experiências vivenciadas através da compreensão e do contexto das mesmas e o estudo é entendido pela perceção das pessoas, dando sentido à vivência e identificando a essência da experiência.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), a pesquisa fenomenológica traz à linguagem, as perceções da experiência humana com todos os tipos de fenómeno. A essência dos cuidados de Enfermagem direciona-se para a compreensão das experiências de vida das pessoas, justificando-se assim a escolha desta abordagem metodológica como método de investigação adequado aos fenómenos de interesse para a Enfermagem, neste caso, as respostas das pessoas perante os processos de saúde/doença.

## **5 - PARTICIPANTES DO ESTUDO**

No âmbito dos estudos qualitativos, as pessoas que fazem parte do estudo são os participantes. A utilização deste termo reforça a ideia de Morse, citada por Streubert e

Carpenter (2002), de que não se age nas pessoas que fazem parte da investigação, mas que estas são ativas no estudo e esta participação permite uma melhor compreensão das suas vidas e suas interações sociais.

A fonte dos sujeitos do nosso estudo reporta-se a pessoas que sofreram FEPP, que foram submetidas a tratamento cirúrgico e que após a fase de hospitalização e reabilitação imediata, experienciaram um processo de transição para casa.

## 5.1 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na investigação qualitativa não existe o pressuposto da aleatoriedade na seleção dos participantes. É privilegiada uma seleção intencional, em que os participantes são selecionados em função da informação que podem fornecer sobre o fenómeno em estudo. Pretende-se assim obter uma seleção, não representativa de uma população, mas sim da experiência ou conhecimento a que o estudo procura aceder, como refere Creswell (2014), num estudo fenomenológico *“o mais importante é que eles (participantes) tenham experimentado o fenómeno que está sendo explorado e possam articular as experiências vividas”* (p. 123).

Os participantes foram selecionados de acordo com este princípio da intencionalidade, sendo constituída por 10 sujeitos informantes, que estavam a passar pela experiência de reabilitação e de transição para casa após FEPP, fenómeno que se pretende estudar, e respeitando a condição de que estivessem, naturalmente dispostos a partilhar a sua experiência.

Este método de seleção das pessoas para participarem no estudo, para Streubert e Carpenter (2002), deve ser baseada na sua experiência e no conhecimento específico de um determinado fenómeno de interesse (neste caso concreto será a transição para casa após FEPP), com a finalidade de partilhar esse conhecimento.

A constituição do grupo de pessoas participantes, sucedeu através do contacto com pessoas do círculo de conhecimentos da investigadora, que contactaram ou conheceram pessoas a vivenciar o fenómeno em estudo, facilitando o contacto com as mesmas, que previamente se disponibilizaram e aceitaram participar.

Deste modo, a seleção dos participantes foi ocorrendo em *bola de neve*, pois quando eram encontrados sujeitos que satisfaziam estes critérios, foi-lhes pedido que indicassem outras pessoas com características similares.

Definiu-se como critérios de inclusão:

- Pessoa que sofreu FEPPF;
- Aceitação livre e esclarecida;
- Orientação e capacidade de responder às questões da entrevista;
- Submetida a tratamento cirúrgico;
- Transição direta para casa após a alta hospitalar;

A opção pela cirurgia ortopédica do fémur justificou-se por ser o tratamento mais frequente e um procedimento que requer longo período de recuperação, pressupondo um percurso de reabilitação, com indicação de restabelecer a funcionalidade e recuperação da mobilidade.

Definiu-se como critérios de exclusão:

- Apresentar incapacidade cognitiva e de comunicação;
- Submetido a outra opção de tratamento que não cirúrgica;
- Ter alta para outro destino que não o domicílio;

A dimensão do grupo de pessoas participantes em investigação qualitativa, e quando se trabalha com critérios de intencionalidade na seleção, tem pouca relevância, uma vez que, o significado dos dados remete-nos para a qualidade das informações e não para a quantidade das mesmas. O momento considerado ideal para interromper as entrevistas deve ocorrer quando houver a saturação das informações, ou seja, quando os dados começarem a tornar-se repetitivos. (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

Assim, a partir da décima entrevista, começou a perceber-se uma repetição nas informações relatadas pelos sujeitos, pelo que os informantes já não acrescentavam nada de novo aos achados, considerando-se ser o momento de suspender as entrevistas.

## 5.2 – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No quadro que se segue apresentamos algumas características sociodemográficas dos informantes:

Entrevistados	Idade	Género	Estado civil	Grau de Escolaridade	Profissão	Área Residência	Cuidador	Vive com	Dias de Alta
E1	81	M	Casado	4ª classe	reformado	Coimbra	Esposa+ filha	esposa	1m
E2	70	F	Casada	4ª classe	doméstica	Coimbra	marido	marido	1m e meio
E3	88	F	Viúva	4ª classe	doméstica	Figueira-da-Foz	vizinhas	só	2m
E4	80	F	Viúva	S/ estudos	doméstica	Figueira-da-Foz	filha	só	2m e meio
E5	78	F	Viúva	C. Sup.	reformada	Coimbra	filha	só	3m
E6	86	F	Casada	4ª classe	reformada	Coimbra	sobrinho	marido	1m e meio
E7	81	F	Casada	4ª classe	reformada	Leiria	Filho+ filha	marido	1m
E8	76	F	Casada	C. Sup.	reformada	Coimbra	marido	marido	2m e meio
E9	90	M	Solteiro	4ª classe	reformado	Viseu	irmã	irmã	1m e 1s
E10	79	M	Casado	6º Ano	reformado	Viseu	Esposa+ filho	Esposa e filho	1m e 3s

Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica dos participantes

Fonte: desenhado pela autora

Pela observação do quadro, passamos a caracterizar os dez participantes do estudo:

- As suas idades estão compreendidas entre os 70 e os 90 anos de idade, com uma média de idades de 80,9 anos.
- Quanto ao género, é maioritariamente feminino, representando 70% dos participantes.
- O estado civil predominante é o casado, mas com uma importante percentagem de viúvos.

- Respeitante ao grau de instrução, um grande número tem ensino primário completo, apenas um participante não tem qualquer instrução e dois apresentam formação superior. Estes resultados são coincidentes com anteriores estudos (Brito, 2002; Santos, 2004; Martins, Ribeiro, & Garrett, 2004; Lage, 2005; Petronilho, 2007).
- O papel de cuidador é assumido maioritariamente pelos filhos, o que é esperado face à média de idades desta população e pelo facto de a maioria ser viúvo, embora o cônjuge assumia representatividade no desempenho deste papel, sendo o género feminino o mais frequente. O género feminino representa a maioria dos cuidadores, resultados semelhantes aos estudos de Imaginário (2004), Lage (2005), Cerqueira (2005), Petronilho (2007), Figueiredo (2007), cujo grau de parentesco é maioritariamente filhas, noras e esposas.
- O contexto domiciliário apresenta uma realidade diferente, pois, o convivente é constituído sobretudo pelo cônjuge, que em alguns casos, também se define como cuidador.
- O tempo decorrido desde a alta variou entre 1 mês e 3 meses.

Os dados sociodemográficos obtidos, que caracterizam os participantes do estudo, estão em coerência com a literatura consultada, nomeadamente com o trabalho de revisão de Barbosa (2013), que nos sugere que este tipo de fratura ocorre maioritariamente em idosos, sendo mais frequente acima dos 50 anos, sendo a média de idade de 80 anos, e registando tendência de aumento da sua prevalência com a idade e com maior expressão no género feminino.

## **6 – COLHEITA DE INFORMAÇÃO**

Partindo do objetivo de saber como é experienciado o fenómeno da vivência da transição para casa da pessoa com FEPP, tentando perceber comportamentos, representações, sentimentos, emoções e formas de pensar inerentes ao processo de transição, percurso de reabilitação e adaptação, a colheita de informação teve uma questão de partida e em momento posterior, em seguida às primeiras respostas dos sujeitos, seguiram-se perguntas que provocavam uma ampliação da resposta original, em busca de maiores detalhes, explicações ou mesmo aprofundamento do tema.

## 6.1 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Em virtude da natureza e objetivos do nosso estudo, recorreremos à entrevista do tipo semiestruturada, com recurso a gravação áudio para colher os dados. Segundo Fortin (2003), a entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, pois permite ao investigador alguma liberdade para falar dos assuntos que se quer falar.

A técnica de entrevista é definida por Ribeiro (2008) como:

*“A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados” (p.141).*

No sentido da concretização das entrevistas, construímos um guião orientador, que compreende três momentos (apêndice I). O primeiro momento respeita ao consentimento informado (apêndice II), no segundo momento, caracterizamos as condições sociodemográficas das pessoas que sofreram FEPEF, nomeadamente, idade, género, estado civil, escolaridade, área de residência, cuidador e convivente significativo. Por último, a questão central sobre o fenómeno, que emergiu dos objetivos do estudo, sendo solicitado aos participantes que descrevam a sua vivência e sentimentos experienciados na transição para casa e no seu percurso de adaptação e reabilitação.

No início de cada entrevista foi realizada a apresentação do investigador, seguida da leitura do consentimento informado, e da explicação dos objetivos do estudo. No decorrer das entrevistas, após cada questão, procurou-se que as narrativas partissem dos participantes, limitando-se o investigador a estimular o diálogo, através da escuta ativa, e da clarificação de ideias.

No quadro que se segue, podem verificar-se as três etapas descritas, compreendendo os objetivos a alcançar em cada etapa, assim como as respetivas questões a serem colocadas ao entrevistado. Deste guião fazem parte as áreas temáticas a explorar, com questões de resposta livre que permitissem a livre expressão das experiências. Assim, o guião foi trabalhado e discutido várias vezes com o orientador, no intuito de fornecer pertinência à

colheita de dados. A aplicação deste guião apesar de apresentar uma ordem das questões, baseou-se na flexibilidade do discurso, moldando as questões à resposta dos participantes respeitando sempre a intenção do que queriam expressar.

<b>Etapas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões/ orientações</b>
<b>I – Consentimento Informado</b>	1 - Dar a conhecer os objetivos do estudo. 2 - Garantir a confidencialidade dos dados. 3 - Obter autorização para entrevista gravada.	São dadas informações sobre o assunto a ser estudado, bem como os objetivos do mesmo, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados e o recurso a gravação áudio.
<b>II - Caracterização sociodemográfica dos entrevistados</b>	Conhecer as características sociodemográficas dos participantes	São efetuadas questões como Idade, Género, Estado civil, Nível escolaridade, Profissão, Área de residência, Convivente significativo, Cuidador, Tempo pós- alta
<b>III – Questão central do estudo</b>	Conhecer a vivência da pessoa relativamente ao fenómeno em estudo, nomeadamente os sentimentos e emoções despertados, significados atribuídos à transição para casa após FEPP e o que representou na sua vida, assim como a perceção do seu percurso de reabilitação e adaptação.	Solicitado ao entrevistado que fale, e partilhe as suas vivências, experiências, significados, sentimentos e emoções relativamente à transição para casa após o evento da FEPP e o que representou para si esta vivência, assim como a perceção sobre o seu percurso de reabilitação e adaptação.

Quadro 2 –Esquematização das etapas das entrevistas

Fonte: desenhado pela autora

Considerámos pertinente realizar uma entrevista antecipatória, para explorar e confirmar a existência de dificuldades sentidas no decorrer da mesma, servir de treino ao investigador, assim como aproximação ao fenómeno em estudo, permitindo-nos concluir que o guião poderia ser mantido, dada a compreensão demonstrada pelo entrevistado.

O primeiro contacto estabelecido com os participantes, foi efetuado telefonicamente. Nesse contacto, após explicação do objetivo do estudo, aqueles que aceitaram participar e cumpriram todos os outros critérios de inclusão definidos foram sendo incluídos. Foi combinado local e hora de acordo com a disponibilidade e preferência dos sujeitos, que na maioria dos casos foi o seu próprio domicílio, o que veio a contribuir favoravelmente para a investigação, uma vez que para conhecer as vivências, para além do participante como fonte, o ambiente natural representa um fator com influência (Bogdan & Biklen, 2010).

Este princípio da condução da investigação no campo de ação dos sujeitos, dá resposta ao objetivo de alterar o menos possível as condições em que o fenómeno naturalmente ocorre (Streubert & Carpenter, 2002), o que permite uma compreensão mais fidedigna dos significados que o meio dá às próprias experiências, que no caso do nosso estudo, em que pretendemos conhecer a vivência da transição para casa, permitiu-nos auscultar esta experiência no local onde ela ocorre.

No momento da entrevista, foi novamente explicitado o objetivo do estudo, a finalidade da entrevista, pedido de autorização para efetuar a gravação em suporte magnético, sendo garantida a confidencialidade e anonimato, e a inteira liberdade em interromper caso o desejassem, sem daí resultar qualquer consequência negativa.

A duração destas estimou-se em aproximadamente 45 minutos cada, sendo efetuadas num espaço reservado, escolhido pela pessoa, longe de ruídos e distrações, em ambiente de calma, relaxamento e, acima de tudo, confiança e bem-estar. Atendendo ao referido por Streubert e Carpenter (2002) “*Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada*” (p.27).

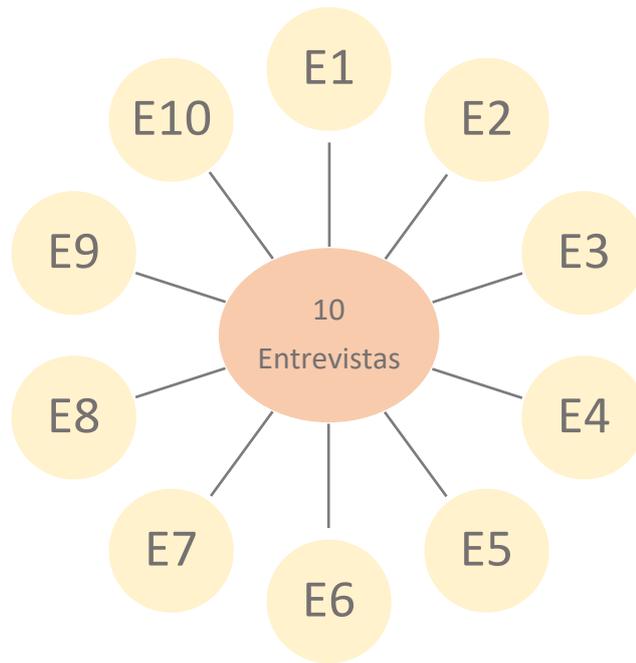


Figura 2 - Desenho da colheita de dados

Fonte: Desenhado pela autora

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, procedeu-se à sua audição e à respetiva transcrição na íntegra, tendo-lhes sido atribuído um número de registo. Cada entrevista foi identificada com a letra *E*, a que se seguiu um número correspondente à ordem pela qual foram efetuadas.

## 6.2 - TEMPORALIDADE

A realização das entrevistas decorreu entre setembro de 2017 e março de 2018, de acordo com os critérios definidos para o estudo e o com agendamento prévio via telefone. Iniciámos a série de visitas programadas conforme a disponibilidade e preferência da pessoa.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

A realização de qualquer investigação pressupõe o respeito por princípios éticos fundamentais, o que ganha maior acuidade quando estamos a estudar fenómenos respeitantes a pessoas, no campo dos cuidados de Enfermagem.

Segundo Streubert e Carpenter (2002), “*comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos (...) sejam sólidos do ponto de vista ético e moral*” (p. 37).

De salientar que foram contemplados os aspetos éticos no sentido de proteger os direitos e liberdades das pessoas participantes no processo de investigação, desde a determinação da problemática, até à conclusão do estudo, tomando por referência os três princípios éticos que Polit e Beck (2011) adotaram do *Relatório de Belmont*: “beneficência, respeito à dignidade humana e justiça” (p.146).

O princípio da beneficência pressupõe que os benefícios sejam sempre superiores aos riscos (Polit & Beck, 2011), o que foi respeitado nesta investigação, pois o seu desenvolvimento teve sempre em conta o benefício dos participantes e nunca expô-los a qualquer risco.

O princípio do respeito à dignidade humana, ressalva o direito dos participantes à verdade e a toda a informação que envolve o estudo em que participam (Polit & Beck, 2011). Este princípio foi integralmente respeitado no nosso estudo, pelo que todos os participantes assinaram um documento de *consentimento informado* (Apêndice II) com a explicação detalhada da investigação, nomeadamente objetivos, importância do estudo e a garantia do anonimato, tal como consta da alínea d) do Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo do *dever do sigilo*, a manutenção do anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for usado entre outras situações, em investigação (OE, 2003). Após o esclarecimento dos objetivos do estudo, foi garantido aos participantes que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação.

Por último, o princípio da justiça, refere-se ao direito dos participantes a um tratamento de igualdade e privacidade, onde não haja discriminação de pessoas ou grupos (Polit & Beck, 2011). Neste âmbito, esteve presente uma abordagem equitativa de todos os

participantes e o respeito pela sua privacidade, uma vez que a entrevista decorreu de forma isolada e as questões abordaram somente os objetivos do estudo.

### **PARTE III- FASE EMPÍRICA**

## **CAPÍTULO 1 – AS VIVÊNCIAS DA PESSOA COM FEPPF NA TRANSIÇÃO PARA CASA**

Ao longo da vida vivenciamos mudanças que acarretam períodos de transição, antes de se chegar a uma adaptação, que caracteriza um novo período no ciclo de vida. É o caso dos sujeitos deste estudo que se encontram em fase de transição para uma nova condição de vida, em virtude da ocorrência de um episódio súbito de FEPPF, que lhes acarretou uma situação de dependência e o desafio da adaptação na transição para casa.

Procurando com esta investigação compreender as vivências da transição para casa da pessoa com FEPPF, consideramos pertinente explorar o conceito de vivência. Vivência é uma experiência de vida, o modo como alguém vive ou se comporta. A vivência é o que é real e o que se está a sentir verdadeiramente (Viesenteiner, 2013). As vivências são sempre da pessoa que as vive, são exclusivas e individuais, significando “*não apenas o que eu sinto, mas também o que eu incondicionalmente sinto*” (Viesenteiner, 2013, p. 144). Não se vivencia através de algo que “se ouviu falar”, mas sim, através de algo que se experiencia na primeira pessoa, de forma individual e única (Viesenteiner, 2013). É definida como “*a própria vida reduzida nas suas proporções mais diminutas e ao mesmo tempo mais fidedignamente representativas...*” (Amaral, 2004, p. 52).

A análise da problemática em estudo direciona-nos para um outro conceito, que é a transição, e que importa clarificar. Transição é um substantivo derivado do verbo latino *transire*, que significa atravessar (Meleis, 2010).

A transição, é, segundo Meleis (2010), “*a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro*” e “*refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente*” (p.256).

A conclusão da transição implica que a pessoa recupere um período de estabilidade relativamente ao período que a antecede, sendo concluída quando o potencial de perturbação e desorganização associada às circunstâncias precipitantes é ultrapassado (Meleis, 2010).

As transições, como facilmente se compreende, são acompanhadas de um conjunto significativo de emoções, muito associadas às dificuldades que ocorrem durante este processo, o que é evidente na pessoa que passa por uma situação de FEPP. Para além das questões emocionais, o bem-estar físico é igualmente importante, pois o desconforto físico que acompanha esta transição e o caminho para a sua superação podem fazer a diferença entre uma passagem, bem ou mal, sucedida.

A pessoa com FEPP, da nossa experiência profissional, por razões ligadas à perda de independência e capacidade funcional, vê-se confrontada com necessidades específicas, resultantes da realização das suas AVD's, alterações nos seus padrões de funcionamento habitual, adaptações e mudanças nos seus hábitos de vida, e, conseqüentemente, necessidade de encontrar respostas adequadas a cada situação particular, ajudando, substituindo, apoiando, orientando, instruindo, treinando, no sentido da promoção da readaptação, adaptação e transição saudável.

A enfermagem enquanto área do conhecimento científico, e tomando como linha de orientação a Teoria de Meleis (2010), tem como principal foco de atenção, a ajuda às pessoas nas suas experiências de transição, considerando-as como mudanças ocorridas associadas quer, aos processos de saúde-doença, quer às etapas de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Neste sentido, o desafio para a ação profissional dos enfermeiros caracteriza-se por identificar adequadamente estes processos de transição e desenvolver terapêuticas de enfermagem com as pessoas, por forma a facilitar e ajudar a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, de acordo com o projeto de saúde individual.

A transição para casa após a alta hospitalar da pessoa que sofreu uma FEPP deverá ser um processo contínuo e devidamente planeado, ao longo do internamento, de modo a permitir organizar a assistência necessária e os apoios de que a pessoa necessita, assumindo particular ênfase, uma reintegração bem-sucedida na comunidade e no ambiente familiar (Grimmer et al., 2006). Na continuidade desta ideia, de igual forma, o Ministério da Saúde (2006), defende que:

*“O planeamento da alta hospitalar pretende garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes, de acordo com parâmetros estabelecidos, pelo que se deve planear a alta dos doentes em*

*colaboração com os serviços de internamento dos doentes, com os próprios doentes, a família e as equipas de saúde e apoio social comunitárias”.*

Nos dias de hoje, em nosso entender, torna-se cada vez mais necessário evoluir do modelo biomédico, para modelos centrados nos processos de transição das pessoas alvo dos nossos cuidados, e acima de tudo centrar a atuação do Enfermeiro na ajuda que pode proporcionar às pessoas para lidarem com as transições saúde/doença da forma mais saudável possível.

## **CAPÍTULO 2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A literatura apresenta-nos diversos métodos de análise de dados, para estudos qualitativos com características fenomenológicas, no entanto, optámos por ter como linha de orientação na nossa análise o método proposto por Giorgi e Sousa (2010).

De acordo com os autores supracitados, após a obtenção dos dados da investigação e da transcrição, do relato dos participantes, a entrevista está pronta para ser analisada pelo método fenomenológico.

Giorgi (1985) descreveu quatro procedimentos técnicos a serem adotados na análise de depoimentos experienciais:

- O primeiro passo refere-se à leitura cuidadosa do material obtido numa situação de pesquisa para se garantir um sentido geral do conteúdo expressado por um participante.
- No segundo passo esse material, que foi previamente transcrito, é dividido em unidades de significado, definidas com base no contexto geral de enunciação do texto.
- O terceiro passo consiste da transformação do enunciado vivencial do participante em linguagem psicológica, conforme a perspectiva adotada pelo pesquisador.
- No quarto passo, após o processo de transformação da linguagem, as unidades de significado são sintetizadas para criar um retrato descritivo das características intencionais de vivência de um determinado participante.

Por fim, as sínteses individuais são comparadas entre si com o objetivo de estabelecer similaridades e diferenças entre os constituintes de significação num grupo de pessoas.

O método de análise seguido, e preconizado pelo autor supracitado, encontra-se esquematizado na figura que se segue:

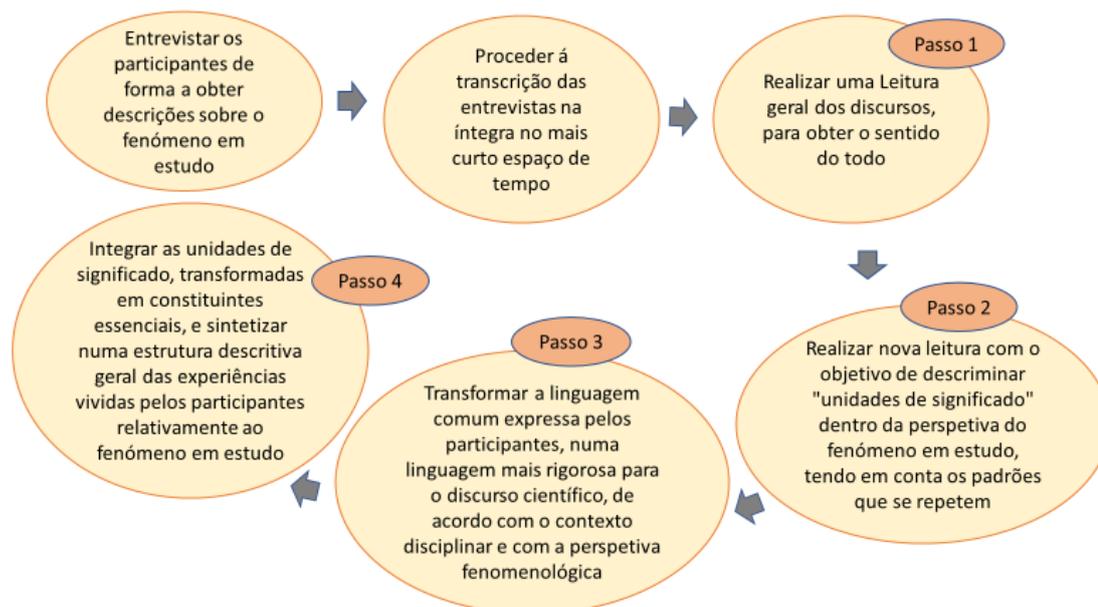


Figura 3 – Etapas da análise de dados preconizada por Giorgi e Sousa (2010)

Fonte: Adaptado de Giorgi e Sousa, 2010

A transcrição inicial do registo áudio para suporte informático, permitiu-nos desde logo proceder a uma pré-análise, pois automaticamente, começámos a absorver noções gerais acerca dos conteúdos temáticos.

Assim que se constituiu o conteúdo de análise, iniciámos uma leitura geral de todos os discursos, que após alguma repetição, com mais profundidade, favoreceu a perceção do sentido global das mesmas e facilitou o início da classificação por constituintes chave, baseada em analogias e similaridades. Neste processo, foram excluídos os excertos que se afastavam dos objetivos deste estudo, tendo ficado devidamente assinalados com reticências.

É de referir que as entrevistas foram divididas em unidades de significado, através de técnica de análise manual do conteúdo, de acordo com as expressões dos participantes. Esta análise de conteúdo efetuada manualmente, permitiu-nos, de acordo com o defendido por Polit e Beck (2011) uma maior aproximação aos dados e representando a nossa primeira experiência com este tipo de técnica, facilitou-nos uma maior pormenorização de todos os passos a seguir e maior familiarização com a essência deste procedimento.

A análise e interpretação da informação obtida consistiu no recorte das transcrições, para a sua codificação e categorização. Para o efeito, à letra E seguida do número de ordem da entrevista, passou a ser atribuída uma cor, de modo a codificarmos cada unidade de registo em constituintes chave. Em seguida, passámos à interpretação dos significados das palavras obtidas. Construámos os subtemas de cada área temática, onde incluímos todas as unidades de registo, sem as repetirmos em mais que uma.

A conclusão do processo de organização e análise da informação, adotando o método proposto por Giorgi e Sousa (2010), seguindo os passos que este propõe (conforme diagrama 1), levou-nos à construção de uma matriz de análise de conteúdo que contempla os temas, subtemas, constituintes chave e respetivas unidades de significado (Apêndice III), que nos permite visualizar as informações recolhidas, com base nas entrevistas dos participantes, de forma organizada e sistematizada, e que resultou do processo de categorização desenvolvido.

Não podemos deixar de referir que esta etapa foi bastante morosa e complexa, mas ao mesmo tempo aliciante, pela descoberta de relações que íamos conseguindo concretizar, embora esta procura pelo significado se tenha caracterizado por avanços e, por vezes, recuos ainda maiores, mas que fomos superando, o que muito se deveu, á ajuda e experiência do orientador.

Da análise das entrevistas realizadas e dos pressupostos fenomenológicos, segundo a metodologia de Giorgi e Sousa (2010), que serviram de orientação ao processo desta investigação, foram identificadas quatro estruturas essenciais ou temas centrais que englobam a descrição das vivências dos informantes relativamente ao fenómeno da vivência da transição para casa.

Estes temas emergentes são: “a dependência”, “o percurso de readaptação à mudança”, “a adaptação” e “a nova autonomia”, tal como esquematizado na figura que se segue:



Figura 4 – Representação esquemática dos temas emergentes nas vivências da transição para casa da pessoa com FEPE

Fonte: Desenhado pela autora

De forma a sistematizar os achados obtidos através das entrevistas realizadas, apresenta-se de seguida um diagrama síntese com os temas e subtemas emergentes das entrevistas.

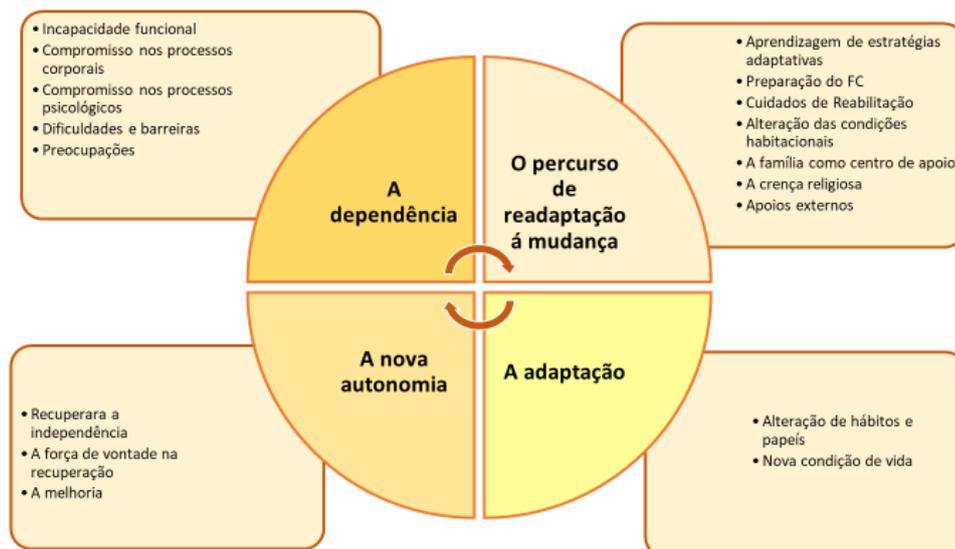


Figura 5 – Representação da vivência da transição para casa da pessoa com FEPE

Fonte: Desenhado pela autora

De seguida, iremos abordar a discussão dos resultados e dos significados atribuídos ao fenómeno em estudo. Para melhor compreensão, os achados serão apresentados com a seguinte estrutura: ao iniciarmos a apresentação de cada tema faremos um esquema do mesmo com os respetivos subtemas que lhe estão inerentes, complementando a discussão dos mesmos, com as unidades de registo mais significativas e contrapondo com as evidências de outros autores. Para cada subtema, apresentamos um diagrama respeitante aos constituintes-chave respetivos.

A fase da discussão, de acordo com Fortin (2009), “*permite ao investigador examinar os principais resultados da investigação, ligando-os ao problema e às questões formuladas, confrontando os resultados obtidos, com os de outros trabalhos de investigação*” (p.31). Desta forma, e tendo em conta este pressuposto, procuramos agora fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre à opinião de autores consultados.

Analisando os discursos dos participantes e confrontando com a bibliografia, traçamos o percurso da vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF. Verificamos que estes nos relatam uma experiência de reabilitação, vivenciando particularidades sobre o percurso de readaptação à mudança e adaptação à sua nova condição de saúde, dando ênfase à dependência, até conseguirem reconstruir algum nível de autonomia, que na maioria dos casos não chega à sua condição de saúde anterior.

Durante a discussão dos diversos temas, é nossa pretensão fazer uma abordagem geral dos temas, subtemas e constituintes chave apresentados no anterior capítulo, procurando paralelismo entre os resultados obtidos, investigações na mesma área e a literatura existente, especialmente no que se relaciona com a experiência da transição para casa da pessoa com FEPPF de forma a conhecer a estrutura do fenómeno em estudo, nomeadamente no que respeita ao processo de reabilitação e adaptação. Sempre que se torne essencial para a compreensão, é nosso intuito ter em conta a relação estabelecida com os informantes durante a entrevista, bem como alguma da nossa experiência na prática do cuidar pessoas com FEPPF em transição para casa.

## 1- A DEPENDÊNCIA

A dependência é a questão que mostrou ser o principal motivo de preocupação da pessoa com FEPP na transição para casa, enquanto geradora de sentimentos de incapacidade, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo. A vivência da dependência incomoda os sujeitos e desencadeia sentimentos e emoções negativas, tal como se pode constatar pelas afirmações seguintes:

*E2 - “Vim para minha casa sentia-me muito inútil e a dar trabalho aos outros e o pior de tudo era as dificuldades de me movimentar...o andar, que ainda não estava bem, levantar-me não conseguia sozinha...tinha que ter muita ajuda ainda...a alta para casa não devia ser assim...”*

*E5 - “...não podia levantar-me sozinha (...) tinha de esperar que alguém me trouxesse as coisas (...), é a coisa mais horrível...!”*

Este achado corrobora a opinião de Santos e Pavarini (2011), que nos diz que, as pessoas submetidos a cirurgia da anca, têm uma probabilidade acrescida de se tornarem dependentes, pois esta patologia é uma das principais causas da incapacidade funcional. Assim, os idosos que foram submetidos a intervenção cirúrgica da anca apresentam dificuldade em realizar as AVD`S, tornando-se muitas vezes dependentes dos familiares.

Dos achados encontrados, a dependência surge assim, como uma das principais consequências na vida da pessoa que sofreu FEPP e que está a viver a transição para casa, com impacto negativo no seu projeto de saúde. As dificuldades relacionadas com a dependência, estão bem vincadas nos discursos dos participantes, nomeadamente no que respeita à incapacidade funcional nas AVD`S e autocuidado, devido ao compromisso nos processos corporais, com repercussão a nível do compromisso nos processos psicológicos, o confronto com dificuldades e barreiras no ambiente habitacional, que geram a vivência de diversas preocupações na transição para casa da pessoa com FEPP, tal como esquematizado na figura que se segue:

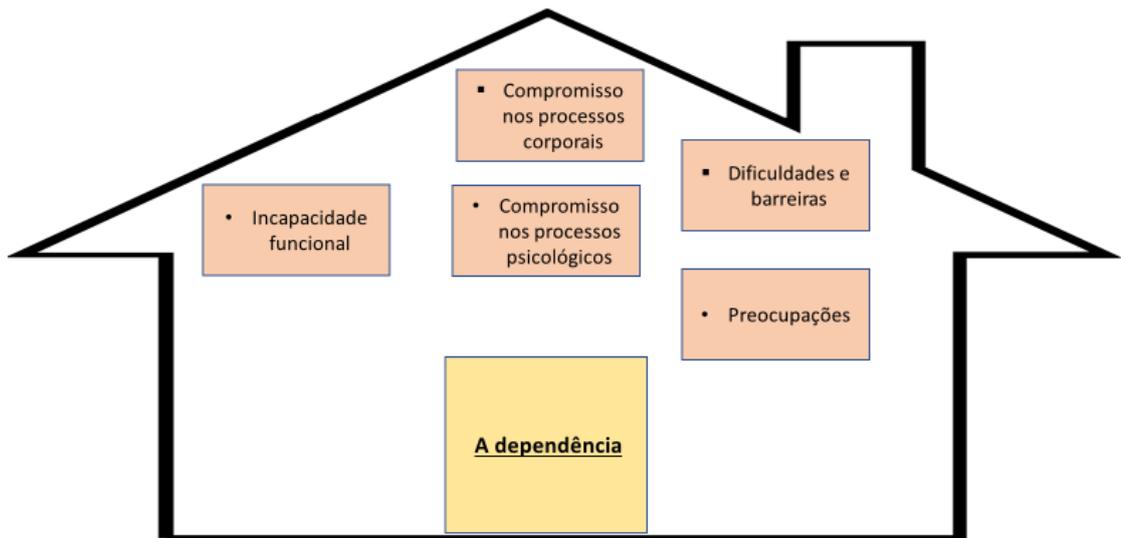


Figura 6 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPF – subtemas da Dependência

Fonte: Desenhado pela autora

Os autores Gomes, Mendonça e Pontes (2002) fazem uma reflexão sobre as representações sociais e as experiências vividas no processo de adoecer, salientando que a doença promove uma desorganização na vida das pessoas o que requer uma nova reestruturação e compreensão em toda essa etapa. Nas entrevistas, o medo e a dependência apareceram como os fatores geradores dessas mudanças.

Neste âmbito, o Decreto-Lei n.º 100/2006 define o quadro de dependência como:

*“situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”* (D.R, 2006; p.3855)

Este sentimento está bem explícito no discurso dos participantes, como se comprova na seguinte afirmação:

*E2 - “...uma pessoa não está habituada...olhamos à nossa volta e não conseguimos deitar a mão a nada, isso fazia-me confusão...era eu que fazia tudo, passar, cozinhar,*

*limpar, arrumar, estender a roupa...e agora estava presa e sem condições de fazer nada disso...”*

Para o *International Council of Nurses* (ICN) e de acordo com a classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), a dependência significa “*estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio*” (ICN, 2006, p. 107).

É exatamente este estar dependente de outros ou de alguma coisa, que os participantes referem como um sentimento de incapacidade e impotência que limita toda a sua vida na transição para casa e que se pode confirmar com as seguintes convicções:

*E4 - “...dependente dos outros sem poder sair de casa, é uma sensação de total incapacidade, quando se volta para casa”*

*E5 - “...claro que nunca conseguimos ser autônomas nos primeiros tempos...”*

Segundo o ICN (2011), o conceito de dependência surge como a “*condição de uma pessoa relativamente a outra, posição relativa de uma pessoa*” (p.76), revelando estar dependente de alguém ou de alguma coisa, em que a independência pode definir-se pela negação da dependência.

Um estudo desenvolvido por Röder et al. (2003), com o objetivo de comparar a capacidade funcional na realização das AVD`s, antes e após ocorrência de fratura, concluiu que esta sofre agravamento. A avaliação em períodos de seis e doze meses após reabilitação, demonstra evolução positiva, no entanto sem atingir o nível de independência funcional pré-fratura.

Os resultados de um estudo desenvolvido por Pasco et al. (2005, cit por Jesus 2017) evidenciam que:

*“seis meses após fratura, 20% das mulheres ainda necessitavam de apoio na higiene pessoal e, um ano após, cerca metade não apresentava autonomia na marcha e não conseguia cumprir ainda as atividades domésticas, nem desenvolver atividades no exterior. Salientam ainda que 32% das mulheres necessitou de produtos de apoio para desempenhar AVD`s, após 12 meses” (p. 28).*

A problemática da dependência, é abordada por Augusto et al (2002), ao enfatizar que muitas pessoas, no momento da alta hospitalar, encontram-se mais fragilizados e

dependentes do que quando foram internados, verificando-se alguma ineficácia na planificação da sua reintegração familiar, social e habitacional.

- **Incapacidade funcional**

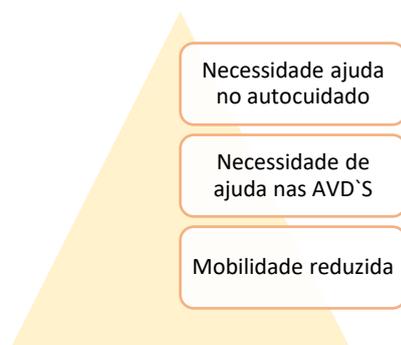


Diagrama 1 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à incapacidade funcional na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Os participantes, quando se referem à sua situação de dependência, materializam-na na manifestação da sua incapacidade funcional nas AVD's, pelo facto de se verem privados de realizar todo um conjunto de tarefas e atividades que até então faziam parte da sua vida, verificando-se uma **necessidade de ajuda nas AVD's**, e até mesmo as atividades de cuidar de si próprios, ficam na interdependência de terceiros, representando **necessidade de ajuda no AC**, como se pode verificar nos seguintes testemunhos:

*E4 - “Precisava de ajuda para levantar e tomar banho, vestir, calçar, deitar, andar...onde me punham, ficava, até me poderem ajudar outra vez...é frustrante não conseguirmos fazer nada sozinhos...”*

*E3 - “...Antes eu fazia tudo sozinha, lavava, passava, cozinhava, hoje não faço nada...não dá mais (...)”*

O discurso dos participantes indicia as consequências menos positivas da **mobilidade reduzida**, enquanto fator limitador da sua capacidade funcional, ao referirem:

*E2 - “fica-se mais parado e alguém tem que fazer por nós o que já não conseguimos...”*

*E1 - “Não me mexia como antes...parece que ficamos presos, e fica-se mais parado e não se sai dali e mais parado se fica...é uma bola de neve”*

*E3 - (...) para a gente se mexer é um problema dos diabos...*

Estes relatos vão ao encontro da revisão sistemática da literatura de Baixinho (2008), em que a análise dos estudos primários permitiu verificar que a dependência na marcha, afeta os outros autocuidados, com correlação positiva.

As evidências encontradas num estudo levado a cabo por Martins e Mesquita (2016), demonstram que, a incapacidade funcional dos idosos resultantes das fraturas da extremidade superior do fémur, provocam diferentes níveis de dependência. Estes resultados vão ao encontro do que pudemos testemunhar durante as entrevistas:

*E3 - “Se não fosse as ajudas, digo-lhe que não me safava sozinha, não me conseguia desenrascar, já estou velha e cheia de problemas e com a perna partida, tudo fica mais difícil... é custoso!”*

A opinião de Santos e Pavarini (2011), veicula a probabilidade de dependência após cirurgia da anca, referindo que esta é uma das principais causas da incapacidade funcional, com dificuldade em realizar as AVD'S, o que na maioria dos casos conduz a dependência de cuidadores formais ou informais. Este facto está explícito nos nossos achados:

*E2 - “...acho que se esquecem que ainda dependemos muito de cuidados na maioria das coisas...ainda precisávamos de ajuda em casa...”*

*E1 - Até para calçar as botas era o cabo dos trabalhos...os movimentos não se fazem igual...e precisamos sempre da ajuda de alguém, estamos sempre dependentes de alguém...*

Como se pode constatar através dos nossos achados, assim como, pela consulta bibliográfica efetuada, as alterações da mobilidade causadas pela fratura do fémur limitam a capacidade da pessoa de se movimentar livremente no seu ambiente, de desempenhar as suas AVD's como previamente, e até de concretizar o seu autocuidado, o que desencadeia sentimentos de ineficácia e inutilidade.

Os autores Roper, Logan e Tierney (2001), referem-se a este problema, respeitante às AVD's da pessoa com fratura do fémur, referindo que esta se encontra dependente de outras pessoas para a sua concretização. Os mesmos autores referem que:

*“quando por qualquer razão há uma dependência forçada, por exemplo em resultado de doença ou ferimento, muitos consideram-na como algo difícil de*

*lidar. A AVD mobilizar-se é frequentemente a primeira afetada e dado que os movimentos são necessários para desempenhar a maioria das outras atividades, isso resultará em perda da independência” (p.102-103).*

Semelhantes evidências foram obtidas numa revisão da literatura de Alarcón e González-Montalvo (2004, cit por Jesus 2017), sobre a capacidade funcional prévia à ocorrência de FEFP em que:

*“constatarem que entre 70% a 90% dos idosos andava de forma independente e que 60% a 75% era independente em todas as AVD`s antes de serem acometidos por fratura do fêmur. O mesmo estudo revela que, após a fratura, a recuperação da capacidade para andar remete para 20% a 36% entre os três ou quatro meses após a fratura, 33% e 75% aos seis meses e 40% a 80% no final do primeiro ano, admitindo, com frequência, o recurso a ajudas técnicas. No que respeita à recuperação da capacidade funcional para o desempenho das AVD`s, após fratura, as taxas de sucesso baixam, com maior intensidade nos autocuidados: tomar banho/higiene pessoal, vestir-se/despirm-se e transferir-se, respetivamente com 40%, 25% e 54% de idosos dependentes. Os autores referem ainda que a recuperação funcional, a nível dos domínios dos autocuidados citados, apresenta uma evolução significativa apenas nos dezoito meses seguintes à FEFP” (p.28).*

De facto, ao analisarmos o estado da arte nesta matéria, e segundo Jesus (2017), *“após FEFP, a condição de dependência para o autocuidado assume-se como uma realidade muito para além da fase aguda de doença, apresentando repercussões graves e a longo prazo” (p.28).* É consensual que estas repercussões se manifestam na capacidade funcional da pessoa nas AVD`S e na capacidade de desempenho do seu próprio autocuidado, condicionando o processo de transição para casa.

Martins e Mesquita (2016), com o objetivo de identificar a incapacidade funcional causada por FEFP em idosos, concluiu, de igual modo, que a incapacidade funcional dos idosos resultante de FEFP apresenta níveis diferenciados de dependência demonstrando os resultados que 40% dos idosos são independentes, 21,7% apresentam dependência moderada e 38,3% apresenta dependência severa.

Um estudo desenvolvido por Petros, Ferreira e Petros (2017), com a finalidade de determinar a autonomia e a mortalidade de pessoas idosas após fratura do quadril, submetidos a osteossíntese do fêmur proximal com haste cefalomedular, verificou um

agravamento do nível de autonomia em 45% das pessoas no pós-operatório, concluindo ainda, que o nível de autonomia prévia exerce influência positiva na recuperação de capacidade funcional pós-operatória.

Perante esta problemática, uma revisão sistemática da literatura realizada por Baixinho (2008), permitiu constatar, da análise dos estudos primários, que uma elevada percentagem dos idosos não é independente para a marcha no momento da alta, não sendo possível recuperar a autonomia para os níveis pré-fratura.

Os dados aqui explanados, vão ao encontro dos relatos de dependência e incapacidade funcional com que se deparam os participantes do nosso estudo na transição para casa após FEFP.

- **Compromisso nos processos corporais**

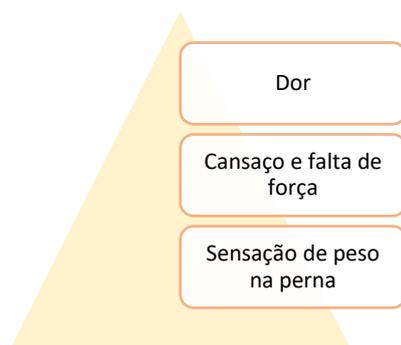


Diagrama 2 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao compromisso nos processos corporais na vivência da transição para casa da pessoa com FEFP

Fonte: Desenhado pela autora

Dos discursos analisados, sobressaem diversos problemas a nível físico, que contribuem para a limitação funcional dos participantes, e que lhes impõe um agravamento da sua situação de dependência, como se verifica através da seguinte afirmação:

*E5 - "...tinha muita dificuldade, parece que a perna não era minha, pesava, doía, estava presa de movimentos."*

O compromisso dos “processos corporais” refere-se ao conjunto de funções do corpo que estão alteradas, inadequadas ou ineficazes (ICN, 2011), os quais, estão muito associados à fisiopatologia das doenças, o que se torna evidente nos achados em análise:

*E1 - “Tinha muito medo de cair, não me sentia ainda seguro no meu corpo...tinha dor, desequilibrava-me com facilidade e sentia a perna muito pesada e presa... isso impedia-me de fazer as minhas coisas por mim...”*

A principal causa identificada é a **dor** ao desenvolverem as atividades do dia-a-dia, o que faz com que evitem os movimentos, tornando-se mais dependentes e rejeitando muitas vezes as intervenções que visam a promoção da sua autonomia e autocuidado, como é evidentes nos testemunhos que se seguem:

*E2 - “... acabava por passar muito tempo sentada e parada, sabe? Depois custava-me mais a andar e a levantar-me. A perna inchou-me muito também e tinha dores...”*

*E4 - “..., mas quando eu começo a andar mais um bocado dá-me umas dores nas pernas...começo a ir-me abaixo das pernas...tenho que parar”*

*E5 - “Sentia dor nas pernas...por isso não podia fazer nada sozinha”*

*E8 - “quando fui para casa, fiquei confinada ao apartamento, sofá e cama e ainda com dificuldade em deslocar-me entre os aposentos .... lentificada nos movimentos, sem agilidade...”*

**O cansaço e a falta de força**, são condições da pessoa, referidas como entraves para um desempenho mais autónomo e que contribui para perpetuar a dependência no autocuidado, pois constituem-se como aspetos limitadores e dificultadores da tolerância ao esforço da pessoa na realização das atividades diárias, como se pode verificar pelos discursos dos participantes:

*E3 - “... foi complicado quando vim para casa e olhe que, ainda agora não me sinto a 100%, tonturas, dores e ainda me canso bastante.”*

*E6 - “...era o cansaço, a dor...estava sem forças para aguentar tanto...”*

*E8 - “Sentia que perdi a força na perna para tentar andar, mesmo com ajuda das canadianas...] Acho que é porque fiquei muito tempo na cama, e a gente não andando, não faz nada.”*

É referida por outros informantes, a **sensação de peso na perna**.

*E5 - “...tinha muita dificuldade, parece que a perna não era minha, pesava, doía, estava presa de movimentos, sem força...”*

*E6 - “..., mas custava-me muito...sentia-me muito coxa ainda...perna muito pesada”*

Resultados de outros estudos sobre o mesmo fenómeno são sobreponíveis aos achados supracitados revelando a existência de uma relação direta entre o nível de dependência no autocuidado, capacidade da pessoa para realizar as atividades correspondentes aos vários autocuidados e o compromisso nos processos corporais (Pereira, 2008; Petronilho, 2007; Petronilho, Machado, Almendra, & Gago, 2012).

Segundo Orem (2001) *“a doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela mesma, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as atividades destinadas aos objetivos de autocuidado”* (p.46).

Esta afirmação reforça a ideia de que a presença de sintomas decorrentes do evento gerador de dependência tem forte influência na capacidade de autocuidado dos participantes. Assim, no caso do nosso estudo, constatou-se que a nova realidade da pessoa após FEPP, estava muito relacionada com alterações sentidas a nível corporal, decorrentes de processos fisiológicos que limitam o seu autocuidado, expondo-os ao sentimento de incapacidade e conseqüente dependência de terceiros para todas as suas atividades, condição a que não estavam habituados.

Nesta perspetiva, e segundo Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010), a diminuição da força muscular (grupos musculares dos membros superiores, inferiores e tronco), do equilíbrio corporal, da capacidade para realizar movimentos articulares ou a diminuição da capacidade na coordenação dos movimentos, são fatores importantes ao nível das alterações dos processos corporais, que podem influenciar negativamente a autonomia no autocuidado.

- **Compromisso nos processos psicológicos**



Diagrama 3 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao compromisso nos processos psicológicos na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Os achados realçam que a perda de independência e necessidade de ajuda nas diversas AVD'S, faz com que a pessoa se sinta inútil e impotente, interferindo negativamente com o seu bem-estar psicológico e emocional, sendo que a sua dependência se vai repercutir ao nível do compromisso dos processos psicológicos, com manifestação de sentimentos e emoções negativas variadas, desde **medo, tristeza, desânimo, insegurança, incerteza, solidão, desamparo, desespero, ansiedade, impotência e frustração**, tal como se constata nas afirmações abaixo transcritas:

*E1 - “É uma fase complicada a alta, depois da operação...a alta mete-nos medo”*

*E6 - “eu estava muito em baixo quando me deram alta... tão triste com a minha situação”*

*E1- “Comecei a desanimar...pensava que já não saía mais deste estado...”*

*E2 - “Foi um mau momento voltar para casa...para mim...senti que o mundo ia desabar!”*

*E3 - "...fiquei desesperada como ia ser em casa devíamos poder ficar mais tempo no hospital, porque lá é diferente do que em casa...temos apoio a toda a hora, não é?"*

*E3 - "..., mas ainda não estava com aquela segurança de ir para casa..."*

*E4 - "...depois, o resto do tempo, cá fico, só...com as paredes, à espera que as horas passem depressa...é uma solidão!"*

*E8 - "...e mexe com a nossa cabeça, é uma ansiedade sem explicação... começamos a entrar em depressão, acho mesmo que comecei a deprimir...e a perder a vontade..."*

*E8 - "tinha aquela insegurança, bem lá no fundo, sabia que não ia ser fácil...regressar a casa, fica-se em desespero com a nossa própria impotência"*

*E10 - "Não existem palavras que possam explicar o que senti". Senti muita tristeza e uma frustração por não estar ao meu alcance..."*

Estas constatações estão de acordo com a leitura dos dados de um estudo de Lieberman et al. (1999), cit. por Cabete (2004), realizado com idosos internados para reabilitação após acidente vascular cerebral e fratura do colo do fémur, que refere que, apesar de não existir correlação entre depressão e o diagnóstico, essa correlação acontece com o estado funcional. Assim, quanto maior a recuperação funcional, menores manifestações de depressão, variando a grau de dependência em relação direta com a presença de sintomas depressivos.

Nesta linha de pensamento, Cordeiro (2004), afirma que a dificuldade em desempenhar AVD e a dependência de terceiros, pode ter um efeito devastador para a pessoa e Clarke, Marshall, Black e Colantónio (2002), evidenciam similarmente, que estas pessoas expressam níveis baixos de saúde mental e de bem-estar, necessitando de apoio psicológico.

As alterações súbitas no funcionamento da pessoa, provocam alterações no desempenho das atividades básicas de vida diária, o que leva a uma diminuição do grau de satisfação pela vida (Hartman-Maeir, Soroker, e Ring, 2007) e ao aparecimento de estados de depressão (Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni, & Katz, 2007).

A vivência desses sentimentos pela pessoa que sofreu FEPF pode ser intensificada no regresso a casa, quando há um confronto com as dificuldades num ambiente onde outrora os movimentos eram desempenhados com autonomia e automatismo, como se verifica no discurso transcrito:

*E6 - “Eu sentia-me muito mal de não poder andar e não fazer a lide da casa, sentia-me inútil e chorava[...]”*

Turner et al. (2008), numa revisão sistemática da literatura, subordinada á temática da transição do hospital para o domicílio de pessoas com lesão cerebral, constataram que o momento do regresso a casa, reveste-se de muitas emoções e torna-se muito difícil de vivenciar, tal como se evidencia no relato de uma pessoa do nosso estudo:

*E8 - “tinha aquela insegurança, bem lá no fundo, sabia que não ia ser fácil...regressar a casa, fica-se em desespero com a nossa própria impotência, é muito angustiante”*

Estes achados reforçam a necessidade de uma atenção particular à vertente psico-emocional, enquanto parte integrante da intervenção do enfermeiro, estimulando a motivação e adesão da pessoa ao programa de recuperação, uma vez que, *”os processos físicos e de reabilitação física, dependerão muito estritamente da situação psicológica, do clima interior em que a pessoa se encontre”* (Almeida, 2010, p. 122).

As alterações da mobilidade que uma fratura do fémur implica a nível físico, não podem ser dissociadas das repercussões ao nível da autoimagem, autoestima e autoconfiança. As alterações manifestadas no corpo são inevitáveis, em consequência do próprio trauma e do ato cirúrgico e que resultam em défices de mobilidade. As implicações destas alterações, decorrem da mudança do tipo de calçado, vestuário, uso de auxiliares de marcha, receio de sofrer nova queda e dependência de terceiros. As restrições de mobilidade são suscetíveis de provocar mudanças nas respostas emocionais, intelectuais, sensoriais e socioculturais. Entre as alterações emocionais mais comuns, encontra-se a depressão, as alterações comportamentais, as perturbações do sono e o coping ineficaz (Potter & Perry, 2006).

Alguns autores abordam precisamente a influência de fatores psicológicos e emocionais na recuperação destas pessoas. Um estudo de Bellelli, Frisoni e Turco (2008) evidencia o impacto da depressão na recuperação de pessoas idosas após uma fratura do fémur, concluindo que a associação de sintomas depressivos e demenciais, aumenta significativamente o risco de morte em pessoas idosas, nos primeiros doze meses de reabilitação após a fratura.

A referência á vertente emocional, é da mesma forma, abordada no estudo de Givens, Sanft e Marcantonio (2008), reforçando que são comuns distúrbios cognitivos e emocionais nestas pessoas, o que potencia o risco de maus resultados na recuperação. As

alterações cognitivas e emocionais têm forte associação com as alterações da mobilidade resultantes de uma fratura do fêmur. O reconhecimento e tratamento destas situações podem melhorar significativamente a reabilitação.

O sentimento do medo sobressai dos dados como uma emoção negativa quando a pessoa regressa a casa, interferindo negativamente na sua autonomia, contribuindo para falta de confiança e de segurança, e conseqüentemente, constituindo-se como um fator gerador de dependência.

*E1 - “É uma fase complicada a alta, depois da operação...a alta mete-nos medo”*

*E4 - “..., mas o medo vai connosco...e é um medo que nos atrapalha muito...quando cheguei a casa, parecia que estava paralisada no meu medo...parecia que não ia conseguir fazer nada...”*

*E8 - “assola-nos um medo imenso de não conseguirmos voltar a ser o que éramos antes e começar aqui o nosso declínio...”*

Segundo o ICN (2005), o medo representa sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida, acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos, ou fuga da fonte do medo.

#### ▪ **Dificuldades e barreiras**

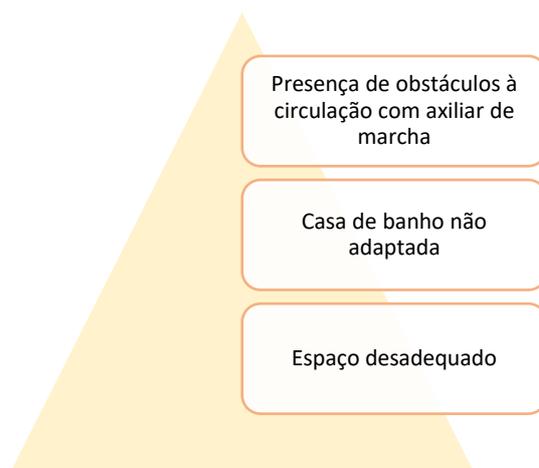


Diagrama 4 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes às dificuldades e barreiras na vivência da transição para casa da pessoa com FEPF

Fonte: Desenhado pela autora

Os achados apontam para a vivência de várias dificuldades na transição para casa e uma complicada adaptação ao ambiente habitacional, tendo em conta as limitações de mobilidade que apresentam. A identificação de barreiras arquitetônicas no domicílio atormenta alguns participantes na sua transição para casa. Constatou-se, portanto, que as habitações, por vezes, apresentavam condições desfavoráveis à sua condição de saúde, colocando em risco a sua autonomia e agravando o seu problema de mobilidade reduzida.

*E2 – “Cheguei a casa de ambulância, lembro-me bem desse dia...tenho a escadaria de entrada de casa como viu, portanto, trouxeram-me cá acima de maca. Fiquei sentada no sofá. Olhei à minha volta e pensei como me ia movimentar de andarilho e como ia sair de casa...estava refém da minha perna...é muito difícil.”*

As barreiras arquitetônicas têm sido enfatizadas por vários autores, nomeadamente Henriques (2004), que as considerou um dos fatores condicionantes a uma vida completa ao nível do domicílio, bem como na sociedade, para a pessoa com limitações de mobilidade.

Alguns dos nossos participantes confirmam esta mesma ideia, ao referirem a existência de obstáculos na sua reintegração, tais como as barreiras arquitetônicas da sua habitação. Apontam que à chegada a casa após a alta hospitalar, se depararam com dificuldades de acessibilidade a vários níveis.

Um dos constrangimentos comuns era a **presença de obstáculos à circulação com auxiliar de marcha**, o que agrava o medo de cair, a insegurança em movimentar-se, impedindo os sujeitos de circular, tal como se pode verificar no discurso abaixo:

*E2 - “é muito difícil adaptarmo-nos e o espaço que temos é para quem se movimenta bem, mas com um andarilho...parece que esbarramos em tudo e as pernas tropeçam...”*

Outro dos problemas identificados foi a **casa de banho não adaptada** às necessidades atuais, que facilitassem o autocuidado higiene e o uso do sanitário de forma segura pela pessoa com FEPE,

*E1 - E a banheira era difícil...entrar...a minha filha pôs um degrau e segurava-me e devagar, lá conseguia entrar e tinha de me lavar pernas e pés, depois para sair era outra vez com a ajuda dela...*

As alterações da mobilidade causadas pela fratura do fémur limitam a capacidade da pessoa se movimentar livremente no seu ambiente e descrevem que as suas casas não

tinham condições como as que existiam no hospital, tornando-se uma dificuldade constante, na medida em que contribuem para a sua dependência e insegurança, com a agravante das orientações fornecidas pelos profissionais não estarem em coerência com o ambiente habitacional, o que denota o desconhecimento do edifício residencial e ausência de planejamento de abolição de barreiras arquitetônicas, deparando-se as pessoas com um **espaço desadequado**, tal como nos relataram:

*E1 – “Quando se chega a casa é que nos apercebemos dos reais problemas...”*

*E2 - “Em casa não temos as mesmas condições que no hospital (...) o enfermeiro deveria vir a casa ver as condições (...) vir a assistente social ver o que íamos precisar (...) ensinar-nos a fazer as alterações necessárias, antes da pessoa estar em casa (...)”*

Estes relatos corroboram os resultados do estudo desenvolvido por Martins (2002), que demonstra que os técnicos de saúde, envolvidos na preparação do regresso a casa de uma pessoa com alterações da mobilidade, nem sempre têm em conta o seu contexto habitacional, a sua envolvente familiar e social, sendo que estas condições podem ser bloqueadoras do processo de reabilitação.

Uma das preocupações sentidas pelos participantes, relaciona-se com o facto de existir um maior risco de queda pelos espaços reduzidos, que se tornam incompatíveis com a condição de mobilidade reduzida.

*E2 - “Disseram-me para andar, que era a melhor reabilitação, que era andar, e lá no hospital tínhamos aquele corredor enorme, bom mesmo para andar com o andarilho, mas e em casa, como andar, só se for para cair em três tempos!?”*

Pavarini e Neri (2000) referem que na dimensão física, o ambiente pode impor barreiras arquitetônicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente) e ergonómicas, (sofás excessivamente fundos, moles e baixos, camas altas, cadeiras com apoios de costas e braços deficitárias, armários de parede demasiado altos).

A este respeito, Mello e Perracini (2000) referem a importância que o ambiente tem no desempenho funcional das pessoas idosas, invocando teorias mais recentes que defendem que o controlo motor emerge da interação entre as características intrínsecas da pessoa, a tarefa a ser realizada e o contexto ambiental.

Segundo a OMS (2008), “a possibilidade de os idosos continuarem a viver confortavelmente nas suas casas é afetada pela não possibilidade de se adaptar uma casa ou apartamento” (p.30).

Neste âmbito, Baía (2010) dá ênfase às dificuldades manifestadas pelo familiar cuidador com o regresso da pessoa ao domicílio, referindo-se, à existência de escadas e à falta de condições habitacionais.

Desta forma, tem grande significado o papel do EEER nas transições vivenciadas pela pessoa com FEPE e seus cuidadores, já que pode ser um elemento facilitador desta transição, no sentido de prevenir dificuldades como as que nos foram relatadas:

*E2 - “...primeiro que conseguisse sair de casa...por estas escadas...só um mês depois e o meu marido sempre ao meu lado a ajudar...”*

*E1 - “A casa de banho era tão apertadinha, que as senhoras do apoio, davam-me banho na cama, para ser mais fácil e mais rápido...”*

- **Preocupações**

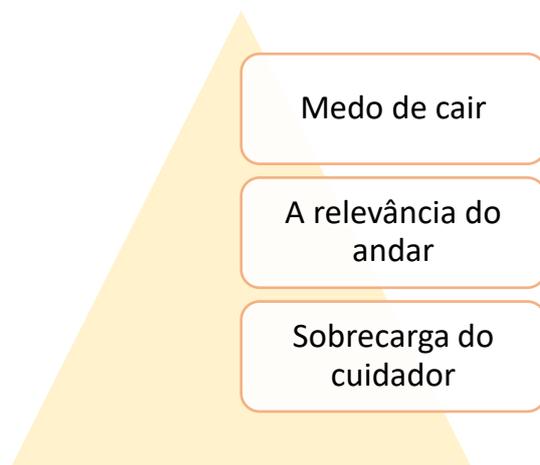


Diagrama 5 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes às preocupações na vivência da transição para casa da pessoa com FEPE

Fonte: Desenhado pela autora

As preocupações pessoais que os participantes relatam são diversas. Aquela que mais se destaca é o **medo de cair** e repetição do episódio de fratura manifestando-se essencialmente quando têm de se deslocar ou realizar atividades que requerem maior mobilidade, observando-se que estes dão respostas contrárias ao pretendido, evitando a exposição à fonte do medo ou pondo muitas das vezes em causa o sucesso da atividade, como se pode constatar pelos relatos abaixo transcritos:

*E3 - “O que me preocupa é ter medo que volte a cair e a partir de novo uma perna, e ficar ainda pior, por isso fico mais parada, fico mais por casa sentada e sossegada.”*

*E2 - “Preocupo-me muito, já não sou a pessoa que era. Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades. Isto pode repetir, cair outra vez...sabe...mais fraturas nos ossos”.*

*E5 - “Na fase que vim para casa, tinha medo de cair...não me sentia muito segura, evitava andar muito...”*

Este achado tem sido abordado por vários autores, nomeadamente, Nogueiro et al. (2002), citado por Saraiva (2008), referem-se à síndrome pós queda, que se caracteriza pelo medo de cair, perda da autonomia pessoal, perda da autoestima, depressão, ansiedade, atitude superprotetora de familiares e cuidadores, e alteração dos hábitos de vida.

O medo de cair novamente pode constituir uma das complicações mais incapacitante da queda, traduzindo-se numa diminuição da mobilidade, no aumento do desuso, em incapacidade funcional, isolamento social e insegurança (Menezes & Bachion, 2008; Perracini & Ramos, 2002).

O medo de novas quedas é tão prevalente como as próprias quedas e esse sentimento tem manifestação em elevada percentagem de idosos (Rubenstein & Josephson, 2002, cit por Buksman et al., 2008).

Percebe-se na informação dos sujeitos, que o medo de cair interfere no bem-estar e na funcionalidade, no seu grau de dependência e no seu grau de atividade física, pois conduz a pessoa ao sedentarismo e ao abandono de atividades, como se evidencia nestes achados:

*E1 - “(...) tenho muito medo de cair...voltar a passar pelo mesmo...estou frágil...acabo por ficar mais sentado e parado!”*

Segundo Gillespie e Friedman (2007), o medo de cair está inserido num círculo vicioso em que estão incluídos o risco de quedas, o declínio funcional e o défice de equilíbrio e de mobilidade, o que realmente ficou evidente no discurso dos participantes:

*E1 – “...a gente sente que perde o equilíbrio...qualquer coisa tomba com facilidade...”*

Segundo Berg, Alessio, Mills e Tong (1997), o medo de cair foi mais prevalente nas mulheres e tem sido associado à redução das atividades diárias. A restrição de atividades é uma das consequências mais prejudiciais que o medo de cair pode originar, uma vez que pode contribuir para o declínio funcional e aumentar o risco de uma nova queda, tal como está presente nos testemunhos dos participantes, ao referirem:

*E2 – “...não nos aguentamos em pé, está-se presa dos movimentos...é mau não se consegue chegar a nada...da casa...parece que temos que nos agarrar a tudo senão caímos a qualquer momento...e isso impede-nos de fazer tudo...”*

*E3 – “...a gente quer, mas não pode...o medo de cair, nem nos deixa usar as mãos...”*

Ribeiro, Souza, Atie, Souza e Schilithz (2008), relataram que 25,9% dos idosos que caíram restringiram suas atividades diárias após a queda. A restrição de atividades pode ocorrer tanto por medo de expor-se ao risco de queda, como por atitudes protetoras da sociedade, familiares e dos próprios cuidadores.

Em suma, o medo após FEPP, pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas igualmente agravamento da situação de saúde, da dependência e da incapacidade, levando a pessoa a adotar uma atitude de prudência, que poderá ser preventiva por um lado, mas tornar-se contraproducente por outro, para a sua reabilitação.

Outra grande preocupação que expressam é o andar, associado ao receio de nunca mais voltarem a recuperar das restrições e mobilidade limitada, sobressaindo daqui a **relevância do andar** para a pessoa que sofreu FEPP e que no fundo se vê privada de desenvolver este autocuidado com o mesmo desempenho que tinha anteriormente, como se constata nas afirmações dos entrevistados:

*E1 - “preocupa-me se vou voltar a andar sem o andarilho, ainda não o larguei e não vejo a hora...isso é que eu gostava, de andar sozinho, mas ainda não consigo...”*

*E6 - “Vai ser difícil pôr-me a andar em condições ...Isso vai ser o mais difícil (...) Se não se não conseguir andar melhor, não sei como vai ser...ainda tenho dificuldade.”;*

*E7 - “A mim só me preocupa em poder mexer-me e andar (...) Tenho receio de não poder andar.”*

Estas preocupações têm fundamento nas evidências de uma revisão sistemática da literatura desenvolvida por Baixinho (2008), ao concluir que uma elevada percentagem dos idosos não é independente para a marcha no momento da alta, não sendo possível recuperar a autonomia para os níveis pré-fratura.

Esta relevância do autocuidado andar, vai ao encontro dos resultados de uma investigação de Câmara (2011), perante uma amostra de idosos submetidos a tratamento cirúrgico por FEPPF, revelou um nível de dependência grave em 90% dos casos, quando avaliada pelo Índice de Barthel, e a atitude dos idosos face á dependência no autocuidado para andar foi avaliada como tendencialmente favorável ou positiva, sobressaindo dos dados a determinação para voltar a andar como impulsionadora *“de ganhos da potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar”*(p.157).

Segundo Guedes et al. (2011), as alterações da marcha manifestam-se não só através da velocidade da marcha, do tempo e comprimento do passo, bem como na duração das fases de apoio, que resultam num pior desempenho funcional, demonstrando que os participantes não conseguiram voltar à capacidade funcional para a marcha, que apresentavam antes da fratura.

Rosell e Parker (2003), ao compararem a funcionalidade do idoso no momento da alta e um ano após a FEPPF, concluíram que há uma diminuição da capacidade funcional, ao longo desse período de tempo. É de salientar ainda, a elevada percentagem da população (74%) que não consegue efetuar marcha sem ajuda técnica (andarilho, canadianas).

A avaliação da capacidade e potencial de marcha, de acordo com Jesus (2017), é um dado de avaliação importante, e segundo este autor, *“estudos desenvolvidos com outras populações demonstram que existe relação entre a capacidade de marcha e o retorno à independência nas outras AVD`S. A dependência física (...) definida muitas vezes como incapacidade funcional, é a principal causa para o não autocuidado”* (Petronilho, 2007 cit por Jesus 2017, p. 38-39).

A avaliação do andar foi considerada como 6º sinal vital, uma vez que reflete o funcionamento dos sistemas de múltiplos órgãos, o que poderá ser um fator de ajuda no prognóstico da doença (Lenardt et al., 2015, cit. por Marques-Vieira & Caldas, 2017), e hoje em dia, a avaliação clínica do andar é um importante indicador da saúde das populações (Kim et al., 2015, cit. por Marques-Vieira & Caldas, 2017), o que vem fornecer suporte ás preocupações que nos foram relatadas.

No discurso dos participantes ainda está patente uma outra preocupação que se relaciona com a **sobrecarga do cuidador**, devido às suas necessidades de ajuda, com o acréscimo de trabalho que este papel acarreta para a vida dos familiares cuidadores, decorrente da situação de dependência a que têm que dar resposta, tal evidenciam os seguintes excertos:

*E4 – “custa-me o trabalho que dou à minha filha...não pára, para me poder dar apoio...fico muito preocupada com ela...tem a vida dela também...”*

*E7 – “a minha filha orienta tudo, mas anda muito cansada...preocupa-me a saúde dela...um dia destes dá o berro, com tanta coisa...”*

*E9 - “... preocupava-me muito o trabalho que ia dar...pois ia dar algum trabalho à minha irmã...que também já não é nova, apesar de ser 10 anos mais nova do que eu...”*

Estas preocupações são válidas e o conceito de sobrecarga que está inerente ao papel de prestador de cuidados e que preocupa os participantes, vai ao encontro de diversos estudos realizados (diversos em Portugal), que têm vindo a produzir evidências científicas sobre o impacto da prestação de cuidados a pessoas dependentes pelos membros da família prestadores de cuidados (Driscoll, 2000; Shyu, 2000; Brito, 2002; Cruz et al., 2004; Glajchen, 2004; Imaginário, 2004; McBride, White, & Sourial, 2004; Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005; Lage, 2005; Ribeiro & Paúl, 2006; Petronilho, 2006).

## **2- PERCURSO DE READAPTAÇÃO À MUDANÇA**

Os achados remetem-nos para uma transformação na vida destes sujeitos e da vivência de várias experiências adaptativas no percurso de readaptação à nova condição, uma vez que todo o contexto habitual da pessoa fica alterado, desde AVD`S, atividades sociais e comunitárias, relacionamento interpessoal, exigindo aos sujeitos uma transformação, reorganização e ajustamento a vários níveis, tal como se constata no relato que se segue:

*E3- “...tudo muda, tudo se transforma, não é o que se diz? Aqui é igual, o corpo envelhece, quebra-se e transforma-se...e temos de passar a viver com isso...é irremediável, e perante isto, temos de fazer os ajustes...é a lei da vida...”*

As experiências de mudança no padrão habitual de vida, são comuns nas pessoas que vivenciam uma fratura do fémur. Num estudo de Zidén, Wenestam e Hansson-Scherman

(2008), as pessoas idosas após uma fratura do fêmur descreveram experiências de mudança relacionadas com a perda de confiança no seu corpo, sentindo-se limitados nos movimentos, tornando-se mais dependentes dos outros para satisfação das suas necessidades, relatando sentimentos de humildade e agradecimento para com os cuidadores. Referem ter vivido sentimentos de perda de entusiasmo pela vida, incerteza sobre o futuro, isolamento, sentindo-se velhos e perto da morte. Os autores referem que as consequências da fratura foram multidimensionais, implicando mudanças dramáticas na sua vida e levando a questões existenciais, de avaliação da vida que lhes resta. Os resultados sugerem que a fratura parecia “não quebrar apenas o osso”, mas também a vida social, como se causasse “fissuras existenciais”, constituindo um problema de saúde com repercussões em todas as dimensões da vida da pessoa.

Qualquer alteração na vida das pessoas, requer sempre um período de ajustamento compensatório que resulta posteriormente em adaptação (Tomey & Alligood, 2007). A transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e uma redefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004).

Segundo Meleis (2010), após uma doença há condições que facilitam ou dificultam a adaptação e transição. Estas condições classificam-se como pessoais, da comunidade e da sociedade.

O percurso de readaptação á mudança vivenciado pelas pessoas com FEFP participantes no nosso estudo, permite-nos fazer um paralelismo com estas três dimensões. Os achados remetem-nos para a aprendizagem de estratégias adaptativas, a preparação de um cuidador, a experiência dos cuidados de reabilitação, a necessidade de alteração das condições habitacionais, o papel da família, enquanto centro de apoio aos sujeitos em situação de fragilidade, assim como o destaque das crenças religiosas e apoios externos em todo este processo, tal como esquematizado na figura que se segue.

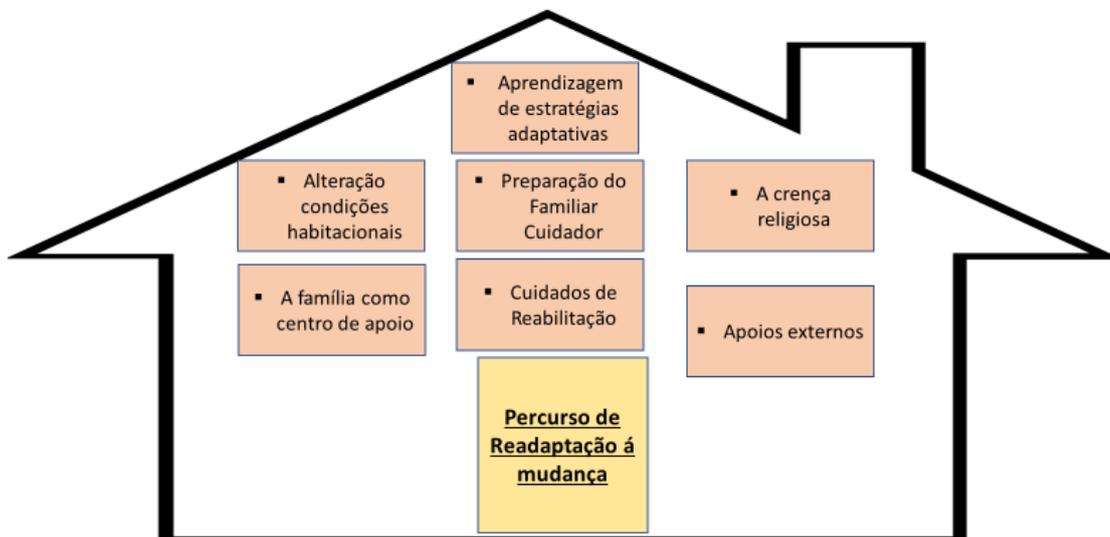


Figura 7 - A vivência da transição para casa da pessoa com FEFP – subtemas do Percurso de Readaptação à mudança

Fonte: Desenhado pela autora

Em todo este processo, os cuidados de reabilitação assumem destaque, indo ao encontro de Cerveira (2011), ao defender que o objetivo primário do enfermeiro de reabilitação é recuperar e readaptar o idoso, criando a diminuição da incapacidade e promovendo a autoestima do idoso para melhorar a sua função física, social e psicológica.

- **Aprendizagem de estratégias adaptativas**

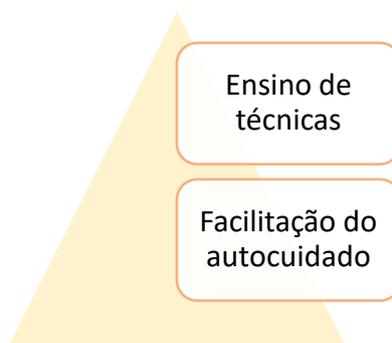


Diagrama 6 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes á aprendizagem de estratégias adaptativas na vivência da transição para casa da pessoa com FEFP

Fonte: Desenhado pela autora

Os participantes descrevem as necessidades que se colocam após FEPP e durante a vivência da sua dependência na transição para casa, ao nível da utilização de estratégias adaptativas tais como o **ensino de técnicas** para lidarem com as limitações instaladas e destacando a importância desta aprendizagem na **facilitação do seu autocuidado**:

*E3 - “Ajudaram-me a enfrentar as dificuldades e a ultrapassá-las...”*

*E5 - “Ensinaram-me mecanismos para poder fazer coisas que eu pensava não voltar a fazer, algumas técnicas que me ajudaram a ultrapassar alguns problemas...”*

As alterações provocadas pelo episódio de FEPP envolvem adaptação à diferença, a novas condições, a novos significados, que, segundo Meleis (2010), podem envolver dificuldades acrescidas, se a pessoa não tiver perceção ou não reconhecer a dimensão da transição. Segundo a mesma autora, o grau de envolvimento no processo, influencia o modo como se enfrenta a mudança e mobiliza estratégias para se adaptar. Assim, é essencial que os cuidados de enfermagem sejam prestados numa lógica em que a pessoa é interveniente ativo em todo este processo, de que é exemplo esta aprendizagem de estratégias adaptativas, que tem o objetivo de habilitar para as novas circunstâncias.

A aprendizagem de habilidades é segundo a CIPE (ICN, 2002) “... *um tipo de aprendizagem com as seguintes características específicas: aquisição do domínio de atividades práticas associadas a treino, prática e exercício*” (p. 54). Contudo, para que a aprendizagem de habilidades seja conseguida, para além do ensinar torna-se necessário o instruir que é um “... *tipo de ensinar com características específicas: dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa*” e o treinar que “... *é um tipo de instruir com características específicas: desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa*” (ICN, 2002, p. 210).

Pelos relatos observou-se que foram os Enfermeiros de Reabilitação que ensinaram e treinaram esses domínios, tal como preconizado pela OE (2010), que refere que os Enfermeiros de Reabilitação ao ensinarem, instruírem e treinarem estratégias adaptativas com vista à promoção do autocuidado, vão de encontro às necessidades da pessoa, com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida. Os Enfermeiros de Reabilitação ao maximizarem a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, fazem com que esta recupere a sua independência.

Esta ideia está presente nos seguintes relatos:

*E5 – “O Enfermeiro da Reabilitação ensinou-me estratégias importantes para vestir e calçar”*

*E8 - “...com os ensinamentos que me deram, era mais fácil fazer coisas sozinha, sim...o levantar por aqueles passos, facilitava muito...”*

*E1 - “que me ensinaram a andar, como fazer, diziam-me sempre: andarilho, pé doente, pé bom. E assim aprendi! Para conseguir andar”*

*E1 - “como tinha banheira, a sr<sup>a</sup> Enfermeira disse para colocar uma tábua, e assim, de facto, é como consigo entrar para a banheira, depois a minha esposa ajuda-me com as pernas e já dá...”*

Taylor (2004), afirma que o papel do Enfermeiro é essencialmente, promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimentos e capacidades.

Os relatos dos participantes confirmam o preconizado pela DGS (2010), sobre a intervenção de Enfermagem ao nível do ensino de estratégias, para que a pessoa seja capaz de realizar o autocuidado higiene, vestuário, ir ao sanitário e alimentar-se; implementação de exercícios de mobilização, de transferência, de equilíbrio, de postura adequada, de estimulação sensitiva e treino de marcha.

Nesta continuidade, uma investigação de Louie, cit. por Rocha et al. (2016), ao desenvolver um estudo sobre os resultados de um programa de capacitação na reabilitação da pessoa após FFP, veio demonstrar, que idosos que participaram do programa relataram maior frequência de adaptação nas AVD`S, o que mais uma vez demonstra a importância da aprendizagem de estratégias adaptativas para o autocuidado.

Os testemunhos dos participantes do nosso estudo, reforçam a ideia de que o envolvimento da pessoa no seu processo de saúde tem implicações positivas na vivência das transições, tal como os dados obtidos por Weiss et al. (2007) corroboram esta ideia. Os autores desenvolveram um estudo onde exploraram as perceções das pessoas face ao seu sentimento de prontidão para o período pós-internamento, verificando que a qualidade de ensinamentos promovia o sentimento de prontidão para a vivência do processo de transição. Segundo os autores, os ensinamentos adequados promovem o domínio sobre o que é desconhecido e conseqüentemente, potenciam a aquisição de estratégias de *coping* para lidar com a situação.

O episódio de FEPP é geralmente um acidente súbito que frequentemente causa alterações a longo prazo, implica mudança, gera vulnerabilidade, desencadeando um processo de transição saúde/doença, tal como nos refere Meleis (2000):

*“as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos, criam um processo de transição e clientes em transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde. Descobrir estes riscos pode ser possível e reforçado através da compreensão e entendimento, pelo enfermeiro, do processo de transição”* (p.12).

Neste contexto de mudança, o enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional a estabelecer contacto com as pessoas e suas famílias, que estão a vivenciar estes processos de transição, percebendo com maior sensibilidade e profundidade as repercussões na vida diária. Este conhecimento da pessoa, permite-lhe formular diagnósticos de enfermagem abrangentes promotores de planos *“de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde /doença e ou incapacidade”* (OE, 2010, p. 4). O EEER é detentor de um conjunto de competências que lhe permitem acompanhar a pessoa neste processo de transição, promovendo uma adaptação eficaz.

#### ▪ **Preparação do Familiar Cuidador**

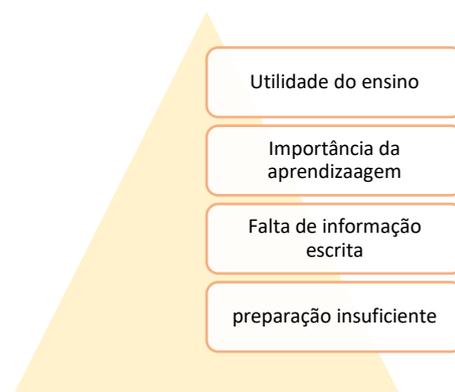


Diagrama 7 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à preparação do prestador de cuidados na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Na literatura mais atual, o FC é definido como o familiar ou convivente significativo que presta cuidados a outrem de forma regular e não remunerada (Figueiredo, 2007; Lage,

2005; Pereira, 2015; Sequeira, 2010), sendo que o cuidado informal assenta no facto de ser prestado voluntariamente por pessoas da rede social do recetor de cuidados, sem estar mediado por uma organização ou ser sujeito a remuneração (Garcia, 2010).

O ICN apresenta o conceito de membro da família prestador de cuidados (MFPC) assumindo dados da literatura, relativos ao facto de os cuidadores informais serem na sua generalidade familiares, nomeadamente esposas e filhas (Martins, 2002, Petronilho 2007).

Neste contexto, é definido como um tipo de “*Prestador de Cuidados: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*” (ICN, 2011, p.115), tendo como papel:

*“...interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos de papel apropriados ou inapropriados de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente”* (ICN, 2011, p.65).

Após a ocorrência da FEPP e com a instalação do quadro de dependência, é evidente a necessidade de um cuidador, surgindo vários relatos sobre a preparação do familiar cuidador na transição para casa, no sentido da sua capacitação e visando dar continuidade à assistência de que os sujeitos ainda carecem. Os ensinamentos proporcionados aos cuidadores pelos profissionais, é referido pelos participantes como sendo de importância relevante para uma prestação de cuidados adequada, sendo uma mais-valia no sentido de facilitar e suavizar a transição para casa, referindo-se à **utilidade do ensino** e à **importância da aprendizagem para cuidar**, tal como é explícito nas seguintes convicções:

*E7 - “Foi útil terem chamado a minha filha para aprender a cuidar de mim em casa...senão ia ser complicado!”*

*E4 - “Os enfermeiros fizeram tudo para que a minha filha estivesse aqui para que pudesse ajudar-me em casa...senti que estavam a ter cuidado em preparar a minha saída.”*

*E3 – “tenho uma amiga...uma senhora minha vizinha...ela falou com a enfermeiras, que lhe ensinaram algumas coisas para me poder ajudar, e estou a contar com essa ajuda desde que vim...”*

Como refere Morais (2010), os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação do regresso a casa da pessoa, na medida em que o ajudam na sua recuperação, funcionam como agentes facilitadores na aquisição de conhecimentos e competências necessárias ao papel de cuidador.

Tal como referido por Orem (2001), *“a melhor forma da Enfermagem substituir o seu cliente é interagir com a família e integrá-los nos cuidados, partilhando responsabilidades”* (p. 352).

Baía (2010), a este nível, enfatiza no seu estudo, que o enfermeiro, como profissional de saúde, tem uma função pedagógica junto da pessoa e da sua família, na preparação do regresso a casa. No estudo levado a cabo por este autor verificamos que os ensinamentos ao FC com maior evidência foram relacionados com: o posicionamento (52%); a alimentação (48%); os cuidados de higiene (44%) e a deambulação (20%), encontrando semelhanças com o relato de um sujeito do nosso estudo:

*E10 - “Antes de ir para casa, ensinaram a minha família como levantar da cama, como andar e como colocar a perna com as almofadas...”*

Sem dúvida que a participação direta da família na prestação de cuidados à pessoa, é importante, e, como tal, deve ser considerada como a pedra de toque para uma garantia da continuidade e da qualidade dos mesmos após a alta hospitalar (Augusto, 2002).

No entanto, os participantes do nosso estudo, revelam que nem sempre viram os ensinamentos reforçados e complementados pela informação escrita, surgindo no relato dos sujeitos a **falta de informação escrita**, como um fator dificultador, uma vez que a quantidade de informação dificilmente consegue ser apreendida, deparando-se assim com a falta deste complemento, o que de forma semelhante, é referido por Petronilho (2007), ao citar Mistiaen (1997), que num estudo de revisão sistemática da literatura, concluiu que a necessidade de informação se constitui como o principal problema enfrentado pelas pessoas e familiares após a alta hospitalar.

*E7 - “...Mas, eu isso, só se for uma coisa escrita, acho que devia ser colocado por escrito os cuidados que a gente devia ter porque a nossa cabeça já não anda boa e se estiver ali*

*escrito, para quem sabe ler é claro, porque há pessoas que não sabem ler, porque se for só de boca a gente esquece-se, mas acho bem que tenham esses cuidados para com os doentes...”*

*E1 – “...A minha filha foi chamada, para aprender a fazer os cuidados em casa, mas foi tudo a correr, e ela ficou a perceber pouco...tinha muito medo de me mexer na perna e estragar o que estava feito...”*

Em alguns casos, referiram-se a este processo como tendo uma **preparação insuficiente**, vendo-se os sujeitos confrontados com a necessidade de recorrer a estratégias de aprendizagem pela experiência, ou de ajuda externa, para colmatar os seus défices de conhecimentos e para conseguirem um melhor desempenho nas suas atividades ou para que o seu cuidador conseguisse dar resposta a esse papel, como se constata nas afirmações que se seguem:

*E3 - “...nem explicaram nada à minha família, o que me valeu foi conhecer uma Enfermeira daqui da terra, que lá me explicou como devia fazer...temos que nos desenrascar de alguma forma...”*

*E2 – “...o meu apoio foi dele, mas sem saber como fazer...torna-se difícil...”*

*E2 – “Fomos para casa sem explicações de nada...fica-se entregue à sorte... tinha o meu marido, mas ele não sabia como fazer, os movimentos, até para me ajudar a levantar, eu tinha que o orientar para ele me segurar a perna...era tudo uma complicação, não há apoios para isso...”*

Estas evidências de um planeamento do regresso a casa inadequado, têm suporte em estudos que identificam, após a alta, a existência de necessidades não satisfeitas. Maramba, Richards, & Myers (2004), referem que um inadequado planeamento de alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o autocuidado e readmissões subsequentes por insuficiente educação da pessoa.

Neste âmbito, Pereira (2015), verificou lacunas específicas na satisfação associada às dimensões relativas a como prestar cuidados pessoais à pessoa, resultando numa perceção de que a preparação da alta podia, globalmente, ter sido mais bem preparada.

Foi comprovado em outros estudos, que a não inclusão do prestador de cuidados durante a preparação da alta, poderá ter como consequência readmissões hospitalares (Maramba et al., 2004; Shyu, 2000).

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

Mendonça (2017), com a finalidade de investigar sobre a percepção dos familiares cuidadores em relação ao momento da alta hospitalar da pessoa idosa internada após FEPE, constatou que no momento da alta hospitalar, quando os FC foram questionados acerca da preparação que tinham tido por parte dos profissionais, a maioria referiu não ter recebido qualquer tipo de preparação.

Da literatura supracitada, percebe-se facilmente, que a preparação da transição para casa da pessoa com FEPE em situação de dependência, requer uma preparação do seu prestador de cuidados, para uma adaptação eficaz a este papel, necessitando, portanto, de ser capacitado para o efeito, no sentido de dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa.

- **Cuidados de Reabilitação**

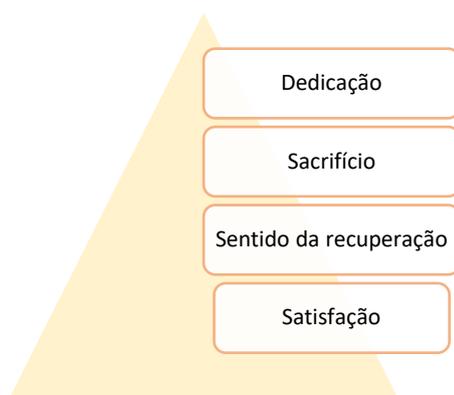


Diagrama 8 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes aos cuidados de reabilitação na vivência da transição para casa da pessoa com FEPE

Fonte: Desenhado pela autora

As narrativas dos participantes apontam para o reconhecimento por parte destes, pelos cuidados de reabilitação prestados, valorizando a ajuda, o incentivo, o apoio e caracterizando a assistência que receberam por parte destes profissionais como uma **dedicação** muito decisiva no seu processo de recuperação.

*E9 - “...tive dificuldade em ficar de pé, ia-me abaixo das pernas...foi difícil...então puseram-me nas barras e na barra da cama a tentar manter-me em pé...às vezes eram os dois a segurar-me um de cada lado...admiro essa coragem e dedicação...em vez disso podiam ter desistido...”*

Apesar da vertente favorável, descrevem por outro lado, a parte morosa, e de exigente **sacrifício** que o processo de reabilitação encerra para se conseguirem atingir os objetivos e a desejada recuperação.

*E4 - “A reabilitação foi boa, mas custava...o problema maior é que eu já tinha outros problemas nos meus joelhos e pioraram com isto tudo...”*

*E3 - “a perna parecia pesar 100kilos, e arrastamos o pé... e depois vem aquele cansaço, que as pernas tremem...é penoso, sim”*

De uma maneira geral, os relatos sugerem-nos que os cuidados de Reabilitação são sentidos como uma experiência positiva, na medida em que permitem o desenvolvimento de capacidades, o ultrapassar das limitações e o recuperar de uma maior autonomia e capacidade de mobilidade, desenvolvendo-se no sentido da recuperação da pessoa, tal como nos indicam as seguintes palavras:

*E2 - “...tudo isso me ajudou, pelo menos naqueles primeiros dias depois da operação...ai se não fossem esses cuidados todos, de mexer, de levantar, de pôr de pé, de andar, ficava completamente emperrada...”*

*E2 - “E aqueles exercícios fizeram-me muito bem, senti-me a ganhar forças, a ficar com a perna menos pesada. Ajudou-me muito tudo o que me fizeram e ensinaram. Sem isso, acho que nunca mais andava”*

O que vai de encontro à definição Andrade (2007), quando se refere à intervenção de enfermagem de reabilitação como sendo: “*tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimentos, que o enfermeiro executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelos utentes*” (p. 104).

Acima de tudo, os sujeitos valorizam a competência profissional e o seu efeito na sua própria melhoria clínica, sendo a sua atuação sempre desenvolvida no **sentido da recuperação** da pessoa, tal como se constata a seguir:

*E9 - “...levavam-nos a conseguir melhorar, queriam ver-nos bem...tenho muito a agradecer-lhes, e nem que viva até aos cem...também já não me faltam muitos...não lhes pagaria tudo o que fizeram por mim.*

*E8 - “...sei que fazem o melhor possível dentro das suas capacidades, para eu melhorar...”*

*E2 - “A reabilitação significou poder voltar a andar...foi isso...foi uma grande ajuda”*

Realçam ainda, que na interação com os participantes, o enfermeiro de Reabilitação manteve sempre a intenção de promover a autonomia, incentivando sempre o seu autocuidado, assim como fornecendo informação aos sujeitos e cuidadores, acerca dos vários tipos de recursos que podem ser utilizados e adquiridos para facilitar os cuidados na transição para casa:

*E2 - “...era o que me animava, o que me dava alento...sabe...às vezes ficamos ali...deitados...e temos que urinar na fralda...mas quando vinham os da reabilitação, não...era logo levantar, ir à casa de banho...fazermos tudo por nós, era mesmo fazer-nos recuperar...mas são poucos, e nem todos são assim...sabe?...”*

É notório nas narrativas um sentimento de **satisfação** com os cuidados de reabilitação, merecendo destaque por parte dos participantes, a relação terapêutica estabelecida, a dedicação e a competência demonstradas. A este respeito, a OE (2001) menciona os elementos importantes da satisfação das pessoas, relacionada com a prestação de cuidados de Enfermagem, entre outros o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da pessoa; a procura constante na empatia nas interações com a pessoa; o estabelecimento de parcerias com a pessoa no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos da pessoa no processo de cuidados e o empenho do Enfermeiro em minimizar o impacto negativo na pessoa, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

*E1 - “A reabilitação correu bem...até foi o mais positivo e a melhor ajuda...”*

*E1 - “...os cuidados aqui prestados são de pessoas com muita competência...”*

*E3 - “..., mas a Enfermeira “terapêutica” tinha aquela paciência, aquelas palavras que ajudam mesmo... e os sorrisos valem muito para quem está doente...”*

*E8 - “...logo desde cedo, que começaram a fazer-me exercícios de mobilização da minha perna, ensinaram-me até alguns que eu poderia fazer sozinha na cama e sentada para recuperar a força dos músculos...”*

Estas narrativas enfatizam a Enfermagem de Reabilitação como um conjunto de competências que vão para além da intervenção ao nível funcional, à semelhança de Augusto (2009), que acrescenta que, o conjunto de competências destes profissionais, permite promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, auxiliando os processos de transição saúde/doença e capacitam a pessoa e cuidador familiar para a reinserção social. O facto de serem enfermeiros permite-lhes satisfazer as necessidades globais da pessoa, a sua especialização permite-lhes melhorar a qualidade de vida, através de melhor funcionalidade e autonomia envolvendo a dimensão física social e emocional.

O Enfermeiro de Reabilitação, segundo os participantes, constitui uma ajuda por excelência no processo de transição das pessoas que sofrem FEPF através do ensino e treino de competências adaptativas face à nova situação, como os autocuidados, ir ao sanitário, levantar-se e sentar-se, andar com auxiliar de marcha, assim como no treino da mobilidade da força muscular e do equilíbrio corporal. Esta ajuda do Enfermeiro de Reabilitação neste processo de transição, é bem identificada e diferenciada dos cuidados de Enfermagem gerais, o que indicia que este profissional com o título de Especialista se destaca e tem grande visibilidade no ambiente da prestação de cuidados, para estas pessoas, tal como se constata nos testemunhos que se seguem:

*E3 - “... ajudaram-me, comecei com aquela ginástica. Ai a ginástica era muito boa...sabia bem...ajudou-me muito e graças a isso, consegui voltar a andar! Eram umas queridas as Enfermeiras reabilitadoras...muito competentes e preocupadas, que a gente recuperasse. Sempre me disseram que eu ia andar ... e assim foi...”*

*E4 - “... ai, se não fossem os da reabilitação ficava numa cama para sempre...”*

*E1 - “se hoje sou capaz de andar, aos reabilitadores o devo...”*

*E3 - “...A enfermeira fez-me ver que tenho de acabar com certas coisas, fez-me ver isso, e falou-me dos exercícios que devia continuar, o andar e outras coisas...”*

Rockwood (2007) consegue demonstrar a importância dos cuidados de reabilitação, cuja intensidade está em proporção direta com o ganho mais rápido de autonomia, quer no aconselhamento e capacitação para o uso de produtos de apoio.

Petronilho (2007) num estudo comparativo da independência funcional no momento de alta e um mês depois no domicílio, utilizando o índice de Barthel reforça a importância do enfermeiro de reabilitação, ao concluir que os participantes no domicílio tiveram um declínio a nível de independência funcional, principalmente a nível da higiene e transferência, que o autor atribui ao corte dos cuidados de reabilitação após a alta hospitalar.

De igual modo, Duncan et al. (2005), concluiu que na pessoa internada com FEPP, o enfermeiro de reabilitação promove a independência funcional, dando primazia à deambulação e transferências.

Segundo Takkinen, Suutama e Ruoppila (2001), os programas de reabilitação oferecem um efeito positivo, ao nível de independência funcional, independentemente da idade, destacando desta forma, o benefício destes cuidados.

#### ▪ **Alteração das condições habitacionais**

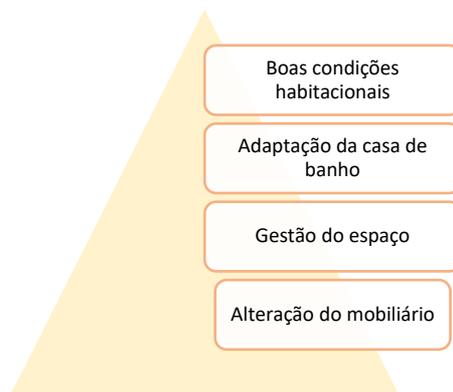


Diagrama 9 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à alteração das condições habitacionais na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

As condições habitacionais constituíram um aspeto positivo para alguns sujeitos, por estarem já bem preparadas estruturalmente ou por manterem um ambiente adequado que

ajudava a superar défices de mobilidade, o que permitiu concluir que **boas condições habitacionais** são um aspeto facilitador nesta transição para casa, como se pode constatar pelas transcrições:

*E2 - “Há pouco tempo mandámos pôr poliban...graças a Deus, mudámos a tempo, é muito mais fácil para o banho.”*

*E6 - “Tenho muito espaço para andar com o meu andarilho, a casa é grande, não tenho problemas de espaço.”*

*E3 - “Como tenho este quartinho cá em baixo, correu bem, porque fico aqui pelo rés-do-chão e é mais fácil em tudo...”*

Por outro lado, a possibilidade de levar a cabo a adequação da estrutura física da habitação, nomeadamente a **adaptação da casa de banho**, de modo a permitir uma maior autonomia e um ambiente mais seguro e adequado às dificuldades apresentadas pelas pessoas, é mencionado como um aspeto favorável, como é evidenciado neste discurso:

*E6 - “...tinha banheira na casa de banho, mas o meu sobrinho tratou de retirar e colocou poliban, que foi uma boa coisa para mim, senão o banho era impossível...”*

Assim, vários participantes, sentiram a necessidade de efetuar mudanças, especialmente a nível da estrutura física da casa ou adaptações de forma a facilitar a movimentação e a circulação com a cadeira de rodas ou com o auxiliar de marcha externo, minimizando as dificuldades impostas pela perda de mobilidade, destacando-se a **gestão do espaço** e **alteração da disposição de mobiliário**, como estratégias para facilitar o autocuidado e aumentar a segurança:

*E2 - “...tive que improvisar um quarto no andar de baixo, para não andar nas escadas...foi uma fase difícil...”*

*E6 - “...tinha banheira na casa de banho, mas o meu sobrinho tratou de retirar e colocou poliban, que foi uma boa coisa para mim, senão o banho era impossível.”*

*E6 - “...as mobílias estavam a ser uma dificuldade...tiram espaço...tivemos que fazer bastantes mudanças para eu poder circular melhor com o andarilho.”*

*E7 - “...na casa de banho, para me sentar na sanita, tinha muita dificuldade, pois o andarilho não cabia e precisava de me segurar, então, o meu filho tratou de pregar uma barra na parede, que foi uma boa ajuda, para ter onde me agarrar...”*

*E7 - “...tinha a minha casa cheia de tapetes e carpetes...tivemos que tirar tudo, para evitar cair outra vez...foi uma trabalhadeira...”*

A este respeito, Pasco et al. (2005), num estudo que visou avaliar o impacto e os custos indiretos da FA em mulheres, após 12 meses da fratura, relata que, em 14 % dos casos, as mulheres sentiram necessidade de modificar as suas casas, nomeadamente a nível da disposição do mobiliário e 32% necessitou de produtos de apoio para desempenhar as AVD's.

O trabalho desenvolvido por Lin e Lu (2005), revelou a preocupação dos prestadores de cuidados pela necessidade de fazer alterações em casa após fratura da anca, pelas dificuldades com que se deparavam.

- **A família como centro do apoio**



Diagrama 10 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à família como centro de apoio na vivência da transição para casa da pessoa com FEFP

Fonte: Desenhado pela autora

A família revelou ser a maior e mais importante fonte de apoio e suporte para os participantes, na sua transição para casa. Dos achados, parece-nos que as relações familiares constituem para os participantes um apoio importante na aceitação e adaptação à nova condição de vida, através do seu **papel de cuidador e apoio emocional**.

*E5 - “...A ajuda da minha família que sempre foi incansável para que eu me sentisse bem foi sem dúvida a melhor ajuda que alguém pode ter, são sem dúvida os nossos familiares que nos dão força. Até o dia de hoje tenho de agradecer a todos...”*

A família representa um dos principais pilares de apoio entre o sujeito e a cultura, e, apesar das múltiplas controvérsias sobre a forma como se têm posicionado como cuidadores nos últimos tempos, as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados às pessoas na última fase da sua vida e, sobretudo, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia se torna comprometida (Martins, 2009).

O mesmo autor reitera que, apesar das mudanças estruturais das famílias, evidenciadas nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel fundamental no apoio dos seus membros, continuando a ser consideradas a principal fonte de suporte nos cuidados diretos, no apoio psicológico e socialização da pessoa em situação de dependência (Martins, 2009).

Tal como é evidenciado nos achados:

*E1 - "...Sem dúvida que a minha mulher foi muito importante, sem ela não sei se teria ultrapassado como ultrapassei..."*

Ramos (2005), destaca precisamente esta importante função de suporte da família, ao defender que esta proporciona suporte afetivo, psicológico e material, favorável ao desenvolvimento integral e ao bem-estar de todos os seus elementos.

Assim, da análise de conteúdo, foi possível inferir que os prestadores de cuidados atuavam a vários níveis, nomeadamente, assegurando cuidados de substituição por incapacidade dos participantes, assim como, dando apoio emocional e incentivo para continuar a sua adaptação e para que a pessoa não se sentisse desamparada.

*E2 - "...nas minhas coisas, o meu marido ajudou-me sempre...a levantar e deitar, o banho, até a andar, ia comigo e deitava-me a mão quando era preciso..."*

*E4 - "...A minha filha de manhã quando vem é que me tira da cama...quase sempre... A minha filha é que me dá banho ... e veste-me..."*

*E7 - "...O meu sobrinho foi incansável, coitadinho, ajudou tudo o que pôde e fez tudo para que não nos faltasse nada..."*

*E7 - "...também ainda tenho o meu marido, claro, que apesar de velho e doente como eu, somos a companhia um do outro..."*

E10 - “...Na questão de família tive muito apoio e incentivo para seguir para a frente”. (...)  
“A minha mulher e o meu filho foram um grande apoio, ajudaram-me sempre quando eu precisei principalmente nos momentos que me ia mais abaixo...”

A mesma ideia sobressaiu do estudo de Henriques (2004), que revelou que o processo de adaptação da pessoa tem a família como elemento chave, enquanto elemento que apoia, que compreende, que dá suporte, que cuida e que serve de estímulo à superação das barreiras.

Semelhantes achados resultaram do estudo de Young e Resnick (2009), em que os participantes relataram que o apoio da família e dos amigos, foi de facto fundamental para sua recuperação. Expressam mesmo, que o estímulo verbal de familiares e amigos os ajudaram a manter uma atitude de otimismo durante a fase de recuperação.

Segundo Abreu e Ramos (2007):

*“...o enquadramento familiar de indivíduos com incapacidade é, muitas vezes, difícil e problemático, pois envolve diversos fatores que implicam a alteração e adaptação, quer dos elementos da família, quer das estruturas habitacionais (importância das barreiras arquitetónicas)”* (p. 3).

Por outro lado, a dependência, e necessidade de cuidados originados pelo episódio de FEPE, permitiu estreitar laços entre os elementos da família e reaproximar pessoas distanciados do núcleo familiar. Os participantes fazem afirmações em torno da ideia de que a doença aproximou e fortaleceu os afetos e relações na família:

E7 – “...ainda melhorámos a relação em família. Filhos já lá iam, agora vão mais. Também sou amiga deles.” “A minha vida familiar será melhor. Tenho uma filha com 37 anos e há uns tempos que estava mais afastada, agora depois desta doença houve aproximação...”

Tal como se verifica nos discursos analisados, o papel de tomar conta, pode constituir uma oportunidade significativa para a consolidação dos processos familiares e **fortalecimento das relações** entre os seus membros.

Como descrevem Hogstel, Curry e Walker (2006), tomar conta de um familiar dependente pode tornar-se altamente benéfico, pois permite, resolver conflitos antigos, conhecer melhor a pessoa, favorecendo a aproximação.

Estes momentos podem representar oportunidades para refazer algumas escolhas no núcleo familiar, repensar decisões do foro do relacionamento familiar, de modo a fortificá-lo. É neste sentido que Chick e Meleis (2010) afirmam que a transição é algo positivo na vida da pessoa, uma vez que implica uma reorganização e a procura de um novo equilíbrio.

No entanto, existem por outro lado, relatos que indicam a ocorrência de **problemas relacionais**, com o agravamento das relações familiares e instalação de alguma tensão entre os seus membros. Não se pode negar que a incapacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, exige redimensionamento de toda a dinâmica familiar, que se vê obrigada a reestruturações para colaborar na realização das diversas tarefas. Podemos constatar que esta circunstância resulta em situações nem sempre satisfatórias para a pessoa dependente, que sente profundamente este constrangimento:

*E7 - “...claro que a minha nora não está virada para ajudar...só gostava quando vinha cá almoçar ao fim-de-semana...agora já não tem interesse...e é assim...”*

*E7 - “...era bem difícil para mim, porque a minha nora não ajudava de bom grado. [...] Não tinha paciência comigo. [...] só reclamava de eu estar ali e eu não me sentia bem...”*

*E4 - “...A minha filha dava muito apoio e para isso, tirava tempo em casa dela e arranjou problemas com o marido...”*

À semelhança dos achados obtidos no nosso estudo, em Portugal, a maioria dos cuidados às pessoas dependentes continuam a ser efetuados pelas famílias. Segundo Wall, cit. por Veríssimo (2001), a falta de centros de dia e de serviço domiciliário é substituída em muitos casos pela rede informal da família e vizinhos. Os familiares cuidadores desempenham um papel importante, contribuindo para fazer face às carências do sistema de proteção social e constituindo um exemplo de solidariedade social que ainda é pouco reconhecido.

O papel do prestador de cuidados no domicílio é uma tarefa difícil e desgastante, sendo causadora de alterações de ordem física, económica, social e emocional, e que poderá constituir uma ameaça à saúde física e psíquica dos cuidadores (Marques, 2005).

Proot, Abu-Saad, e Van Oorsouw (2002), dizem-nos que o apoio dos conviventes significativos durante o período de recuperação, demonstrando interesse e fornecendo suporte emocional é essencial para que a pessoa se sinta incluída no futuro da família.

A necessidade de reorganização dos membros da família, tendo em conta os papéis e responsabilidades para com a pessoa dependente, assim como as modificações das rotinas da sua vida diária, têm implicações na vida familiar e podem tornar-se desgastantes (Silva, 2000). Os participantes expressam e reconhecem esta sobrecarga dos seus familiares, principalmente, aqueles que estão mais diretamente envolvidos no papel de tomar conta:

*E4 - “Estou a dar tanto trabalho à minha família...”*

Um estudo desenvolvido por Macleod et al., cit. por Rocha et al. (2016), com o objetivo de estudar o papel dos cuidadores na reabilitação precoce de pessoas idosas que sofreram FEPEF, concluiu que os cuidadores oferecem ajudas concretas em relação aos cuidados, assim como apoio psicológico.

Os familiares cuidadores, na investigação de Lin e Lu (2005), revelam preocupação pelas alterações de rotinas e papéis familiares, sendo este impacto negativamente relacionado com o maior grau de dependência do familiar dependente por FA, em que existe maior sobrecarga de cuidados.

São vários os estudos que sustentam a ideia de a família ser considerada o principal suporte de apoio a pessoas que se encontram em situação de dependência (Gomes & Mata, 2012; Mata & Vega-Rodríguez, 2012; Melo, Rua, & Santos, 2014; Ramos, 2012).

Segundo Sequeira (2010), e indo ao encontro dos nossos achados, o papel do prestador de cuidados pode ser organizado em três grandes áreas: apoio relacionado com a informação e orientação, apoio emocional e apoio instrumental. O suporte relacionado com a informação e orientação, pretendem ajudar a pessoa na obtenção de conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientação para a resolução de problemas concretos e estratégias a adotar. O apoio emocional consiste em estar e relacionar-se com o outro, possibilitando a partilha das suas emoções e dos seus pontos de vista, sendo fundamental para a autoestima da pessoa. O apoio instrumental refere-se à prestação de cuidados diretos, quando a pessoa não tem essa capacidade.

Contudo, nas últimas décadas, as progressivas alterações estruturais das famílias, a indisponibilidade de tempo e por vezes a incapacidade dos membros da família para

prestar cuidados à pessoa dependente, assim como a sobrecarga física, emocional e socioeconómica, são algumas das razões que podem conduzir à falta de prestação de cuidados ao familiar dependente (Araújo, 2014).

Esta evidência encontra similaridades com os nossos achados, tal como se pode ler:

*E3 – “Não tinha ajuda em casa não!...não tenho ninguém, a minha família...estão todos na vida deles têm a vida deles..., os meus irmãos estão todos em Lisboa. Os sobrinhos também moram em Lisboa..., mas assim de família não tenho cá ninguém...sempre me habituei a estar sozinha neste meu cantinho. Vale-me agora a minha vizinha...”*

- **A crença religiosa**

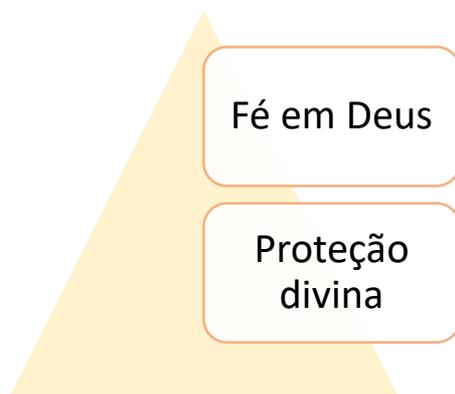


Diagrama 11 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à crença religiosa na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Este subtema abarca todo um conjunto de “*opiniões, convicções e fé*” (ICN, 2005, p. 78), dos participantes, que influenciam o processo de transição

A análise dos dados revela que a crença religiosa e a **fé em Deus**, são um importante apoio e ao qual é atribuída uma parte da responsabilidade pela recuperação positiva do episódio de doença:

*E4 - “...Às vezes a gente esmorece...com isto tudo...ai...mas nesses momentos, eu agarrei-me a Deus e é quem me ajuda a superar tudo... rezei muito a Deus no hospital, para eu ir prá minha casa, ficar bem... E Deus escutou os meus pedidos ...e eu fui*

*melhorando um pouco... saí do hospital e fui cuidada por eles em casa [...]eu tive fé em Deus que ia ficar boa sabe..."*

*E6 - "...eu rezei sempre muito à nossa senhora, sou muito crente e sinto-me amparada por Ela...sim...ajuda-me a melhorar..."*

Assim como a crença de que assim continuará a acontecer, pela presença da **proteção divina** nas suas vidas.

*E2 - "...Deus ajuda-me sempre..."*

*E3 - "...Estamos com Deus...tudo há-de correr bem, se Deus quiser. Esta cirurgia que fiz, foi uma bênção de Deus, voltei a andar depois da perna partida, Ele ajuda-me..."*

Estes dados reforçam o crescente reconhecimento da influência da espiritualidade no estado de saúde da pessoa, sendo inclusivamente assumida a sua importância pelo governo português, através do plano nacional de saúde 2004/2010: Mais saúde para todos, orientações estratégicas. Este documento, analisando a realidade, no que concerne à assistência espiritual e religiosa, faz alusão ao facto da hospitalização surgir como o momento em que emergem questões antropológicas e espirituais, em que as pessoas se confrontam com novos processos, sem que se encontrem preparadas para os enfrentar e integrar.

Segundo Matos (2016), a propósito de um trabalho de revisão sobre a influência da espiritualidade nas doenças oncológicas, foi consensual que a dimensão espiritual é uma componente essencial da visão holística, que pode ter um impacto com significado positivo na saúde. De acordo com as principais publicações obtidas, esta dimensão apresenta-se como um mecanismo de  *coping* , útil em todas as fases da doença, que está associado a melhores índices de saúde e qualidade de vida, menores índices de ansiedade, depressão, desesperança e suicídio, melhoria das relações pessoais da pessoa, e aumento da satisfação com a vida, apesar da instalação da doença.

Os participantes de um estudo de Young e Resnick (2009), relataram de forma semelhante, que a espiritualidade e a crença em um ser supremo, os ajudou a manter uma atitude de otimismo em todo o processo de recuperação.

Um dos relatos do nosso estudo, remete-nos mesmo para a crença da importância da ocorrência da fratura, na sua vida como uma dádiva de Deus e como uma oportunidade de aproximação familiar:

E7 - “...para mim, esta fratura foi uma dádiva do senhor, sabe...aproximou a minha filha, ficámos outra vez mais juntos, mais próximos e esvaneceram-se as desavenças que existiam com o pai...pois, ela era cá precisa e tudo se compôs. Foi por Deus, isto acontece...!”

Dull e Skokan (1995), cit. por Faria e Seidl (2005), afirmam que a religiosidade permite à pessoa atribuir significados aos eventos, compreendendo-os como parte de um propósito ou projeto mais amplo, mediante a crença de que nada ocorre ao acaso e de que acontecimentos da vida são determinados por uma força superior. Possibilitam, ainda, a crença de que tais eventos podem levar a um crescimento pessoal, como sabedoria, equilíbrio e maturidade.

Na perspetiva de Sequeira (2010), a religião pode funcionar como um importante recurso pessoal, enquanto estratégia para encontrar um sentido para a vida e para as experiências vividas ao longo do tempo.

Neste âmbito, Oliveira (2008) define “*espiritualidade como busca de significado e de objetivos de vida relacionados com o sagrado ou o transcendente (inclui aspetos ou elementos cognitivos, mas também afetivos/volitivos e experienciais)*” (p. 26). Este autor refere-se à dimensão religiosa como fonte de ajuda na recuperação de vivências de doença através da busca de significados e objetivos de vida e recurso para lidar com as vicissitudes. A experiência religiosa, segundo a mesma fonte, tem correlação positiva com a satisfação com a vida e bem-estar psicossocial.

#### ▪ Apoios externos

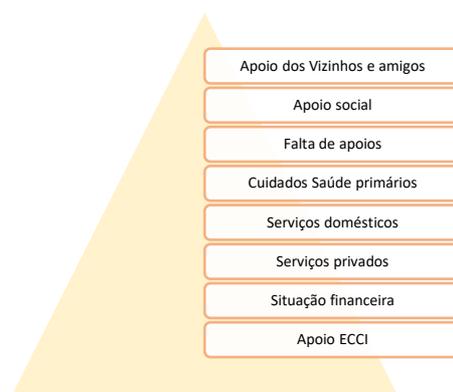


Diagrama 12 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes aos apoios externos na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Os testemunhos dos participantes indicam-nos que, para além do apoio familiar, existem outros apoios externos ao núcleo da família, que constituem importantes formas de suporte na situação vivenciada de transição para casa, em que as pessoas estão dependentes de terceiros.

**Os vizinhos e amigos** constituem a primeira linha de apoio a seguir à família, tal como defende Sá (2005) ao confirmar a importância da existência de uma rede de apoio de parentes, amigos e vizinhos quando a pessoa se depara com adversidades. Segundo a opinião do mesmo autor, os familiares e amigos costumam estar mais presentes no início, e passada esta fase, quem assume o apoio é o cuidador informal, que abdica das atividades sociais para cuidar do seu familiar.

Esta rede de apoio está patente nos discursos analisados:

*E3 - "...tenho uma amiga, uma senhora minha vizinha...ela é extraordinária... já me veio cá ver várias vezes e também me acompanhou nos primeiros dias..."*

*E6 - "...sinto-me acompanhada... as minhas amigas estão ali todas...Sabe aquelas que cá estiveram no outro dia... no dia em que eu fiz anos...são umas grandes amigas..."*

Por outro lado, as instituições de **apoio social** ao domicílio, acabam por fornecer uma resposta complementar em diversas atividades, tal como nos refere Araújo (2014), este tipo de cuidados prestados à pessoa dependente pelas redes formais de apoio, é assegurado por instituições e serviços de saúde ou sociais, pressupondo a existência de um profissional que assume formalmente essa função, para a qual obteve preparação específica e para a qual é remunerado.

Este tipo de apoio foi evidenciado pelos participantes:

*E3 - "...a assistente social, também me tratou de um apoio ... foi as senhoras do apoio domiciliário do centro aqui perto, que passaram a vir cá e tratam da roupa, limpeza, e trazem a comida. Ajudam-me no banho também..."*

*E1 - "...a minha filha viu que realmente não dava para estar sozinho com a minha esposa e arranjou um apoio do centro para lá ir para o banho, que era o mais difícil..."*

Os **cuidados de saúde primários**, mantém-se como um foco de apoio para estas pessoas, mas com uma resposta ainda deficitária e que indicia fraca proximidade e profundidade de cuidados de Enfermagem de família.

*E2 - “A Enfermeira do centro de saúde vinha, mas só para fazer o penso, mais nada...às vezes fazia questões, mas elas tinham sempre pressa...”*

*E3 - “...veio cá a Enfermeira do centro de saúde tirar os pontos...tudo a correr, nem me disse quando voltava ou se voltava...e não veio mais...”*

Verificámos que em algumas situações, a pessoa e família regressam a casa sem informação acerca destas estruturas de apoio, e com conseqüente **falta de apoios**, sem a devida articulação no sentido da criação de sinergias para um efetivo suporte na transição para casa da pessoa com dependência.

*E6 - “...O nosso país infelizmente não tem muito para oferecer pois não tive direito a mais nada...redes de apoio não vi nada disso...os cuidados continuados... não tinha critério...”*

*E6 - “...também ninguém me perguntou se tinha algum problema ou não, se tinha apoio ou não, partiram do princípio que sim! A minha filha estava sempre presente...talvez por isso...o que é certo, é que os apoios eram bem-vindos...”*

Emerge a convicção, em alguns relatos, de que as instituições de apoio domiciliário comunitárias pouco ou nada têm para oferecer a pessoas com dependência no autocuidado, uma vez que estas são associadas a serviços de competência pouco reconhecida.

Este facto dificulta o acesso a um recurso de suporte que poderia ser útil ao processo de transição, sendo que, por opção, um dos participantes prefere apoiar-se somente no cuidado do seu convivente significativo, rejeitando este apoio social adicional.

*E9 - “Falaram-me de outros apoios que iam lá a casa, a doutora assistente social foi lá para falar comigo sobre isso, mas eu não quis...não confio muito nesses apoios...se calhar fiz mal...mas pronto, não estou habituado...queria ser eu a fazer as minhas coisas e pronto...”*

Foi ainda possível inferir que, a presença de pessoas que prestam serviços de acompanhamento, em determinadas circunstâncias, nomeadamente os **serviços domésticos**, podem ser um apoio importante, para ajudar as pessoas a ultrapassar as fases mais difíceis.

*E2 - “...tivemos que nos desenrascar com uma mulher a dias...e para o trabalho de casa foi uma grande ajuda...”*

*E2 - "...uma mulher a dias que contratámos, como já disse, para a lide da casa, que eu não conseguiria de forma nenhuma fazer..."*

A análise revela de forma inequívoca, que ainda existe escassez de serviços de apoio à saúde disponíveis na comunidade que possam constituir uma ajuda efetiva e uma resposta às reais necessidades das pessoas que vivem uma transição para casa depois de um evento que gerou dependência e que têm necessidade de continuidade de assistência e de suporte para os seus cuidadores:

*E8 - "...acho que devia haver mais apoio para quem sai do hospital..., mas não é assim, ficamos entregues a nós próprios e aos nossos..."*

Os resultados de um estudo desenvolvido por Nahm et al., cit. por Rocha et al. (2016), sobre experiências e necessidades de suporte de cuidadores informais de idosos que sofreram FFP, conclui que os cuidadores apontam a necessidade de apoio formal para cuidar dos idosos no domicílio.

Contudo, segundo o estudo desenvolvido por Petronilho (2013), existe ainda um suporte muito insuficiente da rede formal de cuidados, apresentada pelos cuidadores como insatisfatória e pouco adequada às suas necessidades. Este facto reforça a necessidade de desenvolvimento de redes de apoio informal de cuidados em quantidade e qualidade.

Dos achados, transparece a influência da **situação financeira** na transição para casa, nomeadamente no acesso a apoios e ajudas. Para alguns participantes, a existência de uma condição financeira favorável permitia-lhes recorrer a outros serviços para ajudar a enfrentar melhor os desafios, constituindo um fator facilitador do seu dia-a-dia.

*E6 - "Fiquei com uma senhora cá em casa do apoio domiciliário particular, uma senhora que vem a casa fazer-me as coisas da casa e ajudar na alimentação e no que for preciso..."*

*E6 - "nunca me senti sozinha ou desamparada, mas claro...porque tenho possibilidades para pagar os serviços, senão, teria sido difícil com certeza..."*

Por outro lado, as dificuldades financeiras da família podem ser um entrave ao acesso a bens e serviços considerados úteis.

*E1 - "Foi uma grande ginástica com as contas, vinha o apoio a casa, mas é tudo a somar, e a reforma é pequena..."*

Esta realidade poderá ser ainda mais castradora para a vivência dos sujeitos, se considerarmos que condiciona diretamente a não aquisição de serviços, para apoio ao prestador de cuidados, aumentando dessa forma a sobrecarga no seio da família ao longo do tempo.

*E7 - “Era bom que pudessem existir mais apoios sociais, eu sei que temos o centro de dia e que dá apoio em casa, mas paga-se e por isso, os meus filhos orientaram-se entre eles, para ver se não era preciso gastar mais...os medicamentos já nos levam muito...não é fácil viver com pouco de reforma!”*

A existência de profissionais que exercem a sua profissão em regime liberal, na comunidade, permite oportunidade para as pessoas com possibilidades financeiras, no acesso a cuidados de saúde direcionados para a reabilitação funcional, através da prestação de **serviços privados**, repercutindo-se posteriormente na evolução ao nível da recuperação da sua autonomia e funcionalidade.

*E8 - “procurei fisioterapia a título particular, e aí sim, senti diferenças...foi mais intensidade. Mas eu tive condições para o fazer, financeiras, não é?”*

O **Apoio de ECCEI**, apesar de pouco referenciada, faz parte dos achados e revelou-se como um apoio fundamental na transição para casa da pessoa com FEPF, no sentido da continuidade do processo de reabilitação já iniciado em contexto hospitalar, potenciando a recuperação funcional, o desenvolvimento de capacidades e adaptações ambientais no seu contexto real, sendo bastante valorizado:

*E6 - “A minha sorte, foi continuar a ter a reabilitadora em casa...consegui continuar a recuperar, pois treinava na mesma”*

*E6 - “O apoio da reabilitação cá em casa foi muito bom, porque no nosso meio é diferente...andamos no nosso espaço e a enfermeira vai sugerindo isto e aquilo, é uma boa ajuda, não só para o andar, mas também para aquelas coisa que não nos passam pela cabeça...sugestões que nos ajudam...alteração das mobílias, os tapetes, gostei muito desta forma de trabalhar com o doente em casa, foi ótimo para mim, senão acho que perdia o andar.”*

O processo de reabilitação que é iniciado em contexto hospitalar, pelo enfermeiro especialista nesta área, não deve terminar, de facto, no momento da alta da pessoa, mas, sim, ser um processo que se prolonga para o pós-alta, que garanta a continuidade da

recuperação funcional e que potencie as capacidades ainda existentes. Mas lamentavelmente, este princípio não se consegue ainda generalizar a todas as pessoas que poderiam beneficiar dele, tal como veiculado por Lourenço e Mendes (2007), ao referirem que Portugal não dispõe, ainda, na área da reabilitação, de um sistema de apoio, que permita a prestação de cuidados de forma equitativa no domicílio.

O percurso de reabilitação, como destacamos da nossa experiência profissional, é único e pessoal e não deve, em nosso entender, terminar no hospital, pressupondo continuidade até que a pessoa recupere, de acordo com o seu potencial, a melhor autonomia possível no seu meio ambiente. Para que tal se verifique, e seguindo a linha de pensamento de Pereira (2003), o sucesso da reabilitação depende da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e a pessoa, devendo ser tão prolongado quanto o necessário para se adaptar e recuperar o nível ótimo de independência funcional.

Mais uma vez fica reforçada a ideia de que a alta não significa a total recuperação da pessoa, sendo, por isso, fundamental garantir a continuidade de cuidados, quer seja por parte da família, quer de instituições de apoio formal, de modo a que a transição para casa da pessoa com FEFP decorra dentro de padrões de qualidade e de segurança máximas.

Zidén, Frändin e Kreuter (2008), num estudo sobre a reabilitação na comunidade após fratura, revelam que estes cuidados assumem um papel importante aquando da procura de modelos ideais de reabilitação para estas pessoas, concluindo que favorecem melhores resultados finais de recuperação com tempos de internamento mais curtos, nomeadamente, melhoria da locomoção, maior adaptação às atividades quotidianas e maior sentimento de autoeficácia. Estes aspetos favorecem a diminuição do risco de quedas e aumento da autoconfiança.

### **3– A ADAPTAÇÃO**

Os achados sugerem-nos que a ocorrência de FEFP modificou a vida dos participantes, que passa a ser pautada por um esforço constante pela **adaptação** e pela procura de aquisição da consciência das suas limitações e dificuldades de forma a ultrapassarem a situação. Para além das dificuldades encontradas, a vontade de viver, é sem dúvida o que leva os participantes a aceitarem continuar a procurar adaptar-se, com base em **alteração**

**dos seus hábitos e papéis** e a consciencialização para uma **nova condição de vida**, tal como esquematizado na figura que se segue.

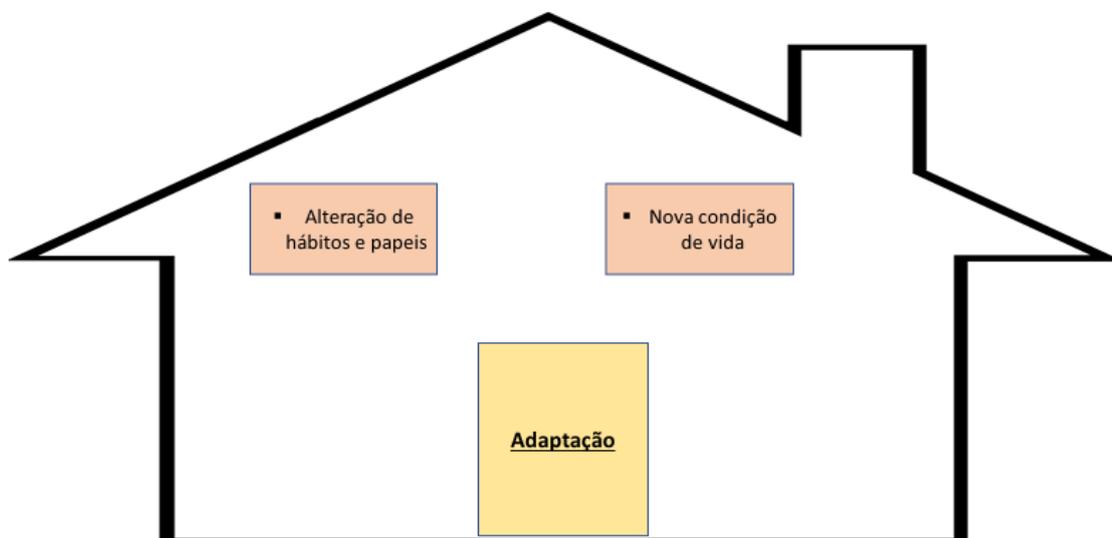


Figura 8 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPF – subtemas da Adaptação

Fonte: Desenhado pela autora

O aparecimento súbito de uma dependência origina uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa tem de lidar e procurar adaptar-se.

*E5 - “a minha condição não era a mesma, era voltar ao meu mundo, mas com a vida ao contrário... viver uma realidade diferente...”*

*E1 - “tive que me mentalizar e seguir em frente, com algumas dificuldades, talvez não desabafasse com as pessoas certas coisas... guardava cá dentro, pensava muito e fui-me mentalizando”.*

A capacidade de adaptação às mudanças, é colocada à prova durante os processos de transição saúde/doença que ameaçam a autonomia do autocuidado ao longo do ciclo de vida. Para o enfermeiro de reabilitação, conhecer e compreender o modo como estas pessoas percecionam e vivenciam a sua nova condição, é, em nosso entender, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção profissional facilitadoras do processo de transição saúde/ doença e na garantia da sua adaptação à nova situação de saúde.

A este respeito, Meleis, cit por Abreu (2008), refere que:

*“a transição remete para a mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas: a transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social”* (p. 25).

Neste âmbito, os enfermeiros de reabilitação são promotores de aprendizagens significativas, com vista ao desenvolvimento de comportamentos de adaptação, capacitação da pessoa para enfrentar a doença, com o objetivo de atingir o nível máximo de independência funcional na realização das AVD`s e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD`s), promovendo sempre o autocuidado (Brito, 2012; OE, 2011).

A capacidade de adaptação da pessoa está diretamente relacionada com a forma como é capaz de superar as crises e incapacidades, manter algum nível de autonomia na sua vida e registar evolução do seu estado funcional (Cabete, 2004).

Fonseca (2005) refere que:

*“o idoso num processo de “transição-adaptação”, ao adaptar-se a uma nova circunstância da sua vida, não está apenas a lidar com um estado biológico, psicológico e social, que se resume ao presente. (...) a leitura que faz da condição atual está substancialmente marcada pela leitura que também faz do passado vivido”* (p.184).

Baseando-nos no Modelo de Adaptação de Roy (2001), a pessoa é vista como um ser adaptável com mecanismos que permitem a adaptação de comportamentos em resposta aos estímulos ambientais.

Assim, tomando por foco a teoria de Roy (2001), esta permite-nos compreender o Tema emergente *Adaptação*, que surgiu dos discursos dos participantes, ao dar importância aos estímulos desagradáveis resultantes do episódio de FEPP, que desencadeiam respostas, no sentido da adaptação da pessoa a esta nova condição de vida.

A enfermagem, de acordo com o modelo de adaptação de Roy (2001), é a ciência e a prática que aumenta as capacidades adaptativas e procura transformações nas pessoas inseridas no meio ambiente. A aplicação deste conceito de pessoa como sistema

adaptável, permite aos enfermeiros a conceção de cuidados baseados na interação da pessoa com o seu ambiente e nas respostas às alterações impostas.

Henriques (2004), enfatiza de igual modo, que os conceitos mais recentes de saúde assentam na capacidade de adaptação constante. Saúde é a capacidade consciente da pessoa interagir com o ambiente mesmo em situações de doença ou dependência, exigindo adaptação no sentido de um equilíbrio.

Quando se fala em processo de saúde/doença, inevitavelmente, teremos que falar na capacidade de adaptação, avaliando a forma como a pessoa vai superando as crises e incapacidades e até que ponto consegue recuperar alguma autonomia de vida, pela evolução do seu estado funcional.

As pessoas passam por um processo de interiorização e aceitação que apresenta várias vertentes, sendo que, a transição para casa, é o tomar contato real com as adaptações que esta nova condição de saúde exige, implicando uma reorganização familiar, com a alteração dos papéis familiares e a organização de novas rotinas diárias.

*E1 – “durante o internamento, não se toma muita consciência do que nos espera...de tudo o que temos de alterar na vida...”*

A CIPE, versão β2 (ICN, 1999), define adaptação como “...um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios” (p.50).

Sarafino (1998) narra que as pessoas e as suas famílias precisam adaptar-se à doença, referindo-se ao termo “adaptação” como o processo de fazer mudança com a finalidade de se ajustar de uma forma positiva às circunstâncias da vida.

Segundo Meleis et al. (2000), “os indivíduos necessitam inicialmente de perceberem as mudanças que estão a ocorrer para poderem reorganizar-se e dar respostas” (p.18).

Fonseca (2005) afirma que a doença é encarada como uma situação geradora de stress e para enfrentar a crise que daqui decorre, é fundamental que a pessoa desenvolva formas eficazes de adaptação, ou seja, estratégias de coping.

As alterações provocadas por um evento gerador de dependência envolvem mudanças na vida das pessoas, adaptação ao que fica diferente, a novas regras e formas de funcionamento, a novos significados, que, segundo Meleis et al. (2000), pode envolver uma dificuldade acrescida, se a pessoa não tiver perceção ou não reconhecer a dimensão

da transição. Segundo os mesmos autores, o grau de envolvimento no processo, influência o modo como enfrenta a mudança e encontra estratégias para se adaptar. Assim, é essencial que os cuidados de enfermagem sejam prestados numa lógica em que a pessoa é participante ativo no processo de saúde, perante a consciencialização do que vai ser diferente.

Basto (2014), refere-se à experiência humana de saúde como resultante da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos, e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si próprio ou com ajuda de alguém. A perda do bem-estar não é o aparecimento de doença, mas sim as limitações que daí resultam e a incapacidade de recriar o potencial individual.

- **Alteração de hábitos e papéis**

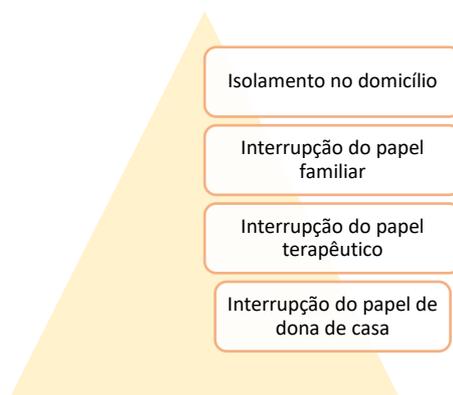


Diagrama 13 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à alteração de hábitos e papéis na vivência da transição para casa da pessoa com FEPPF

Fonte: Desenhado pela autora

O aparecimento súbito de uma situação de saúde/doença e consequente dependência, origina uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa tem de lidar, no sentido de se conseguir adaptar, e inevitavelmente, terá que incorporar mudanças no seu projeto de vida.

Estas mudanças são abordadas por Kralik et al., 2006 ao referir que a transição implica, mudança de papéis, quer a nível dos relacionamentos, expectativas ou capacidades a desenvolver. A pessoa tem de incorporar novo conhecimento, alterar o seu comportamento e a definição de si próprio e do seu contexto social (Meleis, 2010). A

mudança é uma propriedade importante no processo de transição, mas não pode ser entendida como sinónimo de transição (Meleis et al., 2000).

É relevante que num processo de transição se perceba as consequências da mudança (Levine, 1967, cit. por Meleis et al., 2000). Neste âmbito, a diferença, segundo os mesmos autores, surge como uma propriedade relacionada com o processo de transição. Esta emerge das diferentes expectativas da pessoa, o sentir-se diferente ou perceber o mundo de diferentes formas. Os participantes relatam claramente as diferenças e as implicações que estas representam na sua vida.:

*E1 – “...já não podemos fazer nada do mesmo modo...”*

Podemos constatar que o episódio de FEPPF, levou a mudanças na dinâmica da vida destas pessoas, nomeadamente alterações nos aspetos sociais e os papéis que até então desempenhavam.

Semelhantes resultados foram obtidos por um estudo desenvolvido por Machado, Braga, Garcia e Martins (2012), com o intuito de avaliar a qualidade de vida de idosos após alta hospitalar, por cirurgia de fratura proximal do colo do fémur, revelou a diminuição da capacidade funcional e deterioração física, em que a maioria dos sujeitos opta por realizar menos tarefas do que gostaria, ou não tem a capacidade de realizar essas mesmas tarefas, concorrendo para a redução da qualidade de vida encontrada nestas pessoas.

A relação entre limitação da marcha e a amplitude dos movimentos causa restrições na mobilidade e conseqüentemente, altera o padrão normal de convívio social, nomeadamente o abandono de AVD'S como sair para passear, ir ao supermercado, à missa, mantendo-se os sujeitos, maioritariamente em **isolamento no domicílio**.

*E3 - “Tem sido uma vida mais solitária e isolada, não saio, só fico dentro de casa, tenho muito medo de cair mais uma vez, só vou até à janela...é de onde eu vejo o mundo lá fora..., mas tenho pena...porque antes ainda passeava...”*

Considerando ainda que vivenciar os problemas de acesso em relação à falta de rampas, em alguns locais, calçadas irregulares, mal conservadas, com desníveis, e a falta de apoio de ter sempre alguém por perto que possa garantir maior segurança em relação a quedas, faz com que estas pessoas se isolem em casa, ou criem estratégias de comunicação á distância, como a utilização do telefone para colmatar as suas necessidades, mantendo-se presas em casa, conforme relatado:

*E4 - “... perde-se a liberdade de sair de casa, com o medo de cair, porque o piso não é como o de casa...é irregular, altos e baixos, subidas e descidas, buracos a torto e a direito...na da está feito para quem não se mexe bem”*

*E6 - “O meu sobrinho disse que ia comprar-me um telefone sem fios para ter sempre junto de mim...foi o que ele me disse que ia fazer, ...”*

Os papéis desempenhados no seio da família são igualmente afetados com esta situação, inquietando a pessoa. Muitas vezes, as pessoas com mais idade assumem cuidados no núcleo familiar. Este suporte à sua família e o contributo e ajuda que davam até então, é interrompido, como alguns participantes referem, ou até simplesmente, o seu papel de avô ou avó, que fica inviabilizado, ocorrendo deste modo, uma **interrupção do papel familiar**, tal como se constata no discurso:

*E5 - “...para além de mim, o que me mais me preocupava era eu não estar bem e não poder cuidar da minha neta, pois era eu o grande apoio da minha filha e deixei de o ser para passar a ser mais uma sobrecarga de trabalho para ela...”*

Caldas (2003), a este respeito, refere-nos que quando um membro da família desencadeia um processo de dependência, altera toda a dinâmica familiar, resultando em mudanças de papéis e das relações de poder, gerando conseqüentemente, novas relações de dependência. Estas evidências são testemunhadas pelos sujeitos:

*E7 - “O que fazia até agora modificou, não sei se vou voltar a ir buscar meu neto à escola.”*

*E7 - “só queria melhorar para poder criar o meu neto de 10 anos, que é muito importante para mim (...) a minha preocupação é ele, o meu neto (...) Só peço a Deus que me deixe criar o meu neto.”*

*E5 - “...há coisas que nunca mais fazermos, custa-me baixar, nunca mais me consegui sentar no chão com a minha neta, e fazer com ela as brincadeiras que fazíamos antes, deixei de ter a minha agilidade habitual.”*

O que evidencia que a doença provocou dificuldades de suporte à família. A pessoa deixa de realizar tarefas que estavam a seu cargo, porque as incapacidades não lhe permitem, gerando sentimentos de impotência, mas ao mesmo tempo, de estímulo á reabilitação, no sentido de recuperarem e readquirirem o desempenho desse papel.

A **interrupção do papel terapêutico** é outra consequência que advém da situação de incapacidade da pessoa com FEPPF, deixando de poder cuidar dos seus familiares. Antes da doença e dependência, havia sujeitos que tinham como função na família cuidar do marido dependente. Agora com a dependência da própria pessoa preocupa-os esse papel:

E7 - *“O que mais me aflige é o meu homem, ele precisar de mim e eu não estar à beira dele. Ele também já tem problemas, é doente..., precisa muito da minha ajuda (...) O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.”*

E7 - *“Difícil vai ser cuidar do meu marido, ele também precisa de ajuda...nem ele me pode ajudar, nem eu a ele...é uma tristeza a velhice.”*

Regressar a casa, com défices que impõem restrição à sua atividade habitual, implica evidentemente, o confronto com a necessidade de alterar os papéis desempenhados no seio familiar, passa a desempenhar um papel de dependência e passa a ser um elemento da família que não participa como outrora (Serra, 2010).

O **papel de dona de casa** está relacionado com todo o tipo de tarefas domésticas. Este afastamento representa um motivo de preocupação para os participantes:

E7 - *“...o meu marido não se orienta com as coisas da casa, ele foi operado à anca, não sabe das lidas da casa, não tem força nem jeito, eu é que fazia tudo...”*

E7 - *“O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno.... o que eu era!...deitava a mão a tudo!... trabalhei muito...sempre toda a vida...agora não dá para fazer nem a lida da casa”*

E7 - *“Tinha as minhas flores aqui no jardim e também não posso cuidar delas...isso deixa-me saudade e tristeza, mas a idade não perdoa e uma fratura não é brincadeira...não quero ter outra...”*

A este respeito, Robinson (1999), numa análise da literatura cuja finalidade visa avaliar a capacidade funcional para desenvolver AVD após fratura da anca (FA), destaca como AVD comprometidas, o cozinhar, fazer compras e tarefas domésticas, á semelhança do que acontece com os participantes do nosso estudo.

▪ **Nova condição de vida**

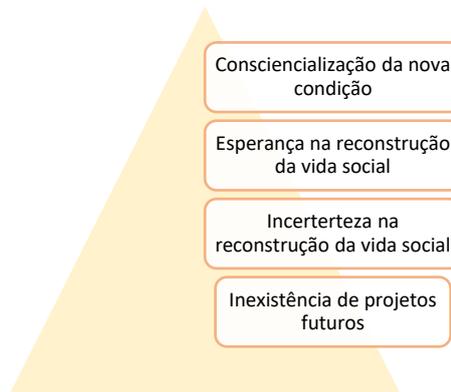


Diagrama 14 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à nova condição de vida na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

A **Consciencialização para uma nova condição** de vida é um subtema emergente que espelha um conjunto de alterações que os participantes identificaram como necessárias para viver uma vida satisfatória e que reflete a integração da nova realidade, em comparação com o seu *status* antes do evento gerador de dependência:

E7 - “...a gente percebe que agora a vida é diferente, que temos que nos adaptar e aceitar as diferenças, não há outro remédio...”

Segundo Meleis et al. (2000), “são indicadores de processo que demonstram: um conhecimento cumulativo da situação, um maior entendimento dos eventos críticos e um senso de sabedoria resultante das experiências” (p.25).

E2 - “Eu já me capacitei que não vou poder andar como dantes e se eu puder andar com uma bengala ou canadiana, para mim será muito importante para poder passear...”;

E4 - “Para o futuro também tenho de me acalmar...Acho que tenho de estar mais calma porque a idade também pesa. Já são 80 anos e eu já não posso estar a fazer o que fazia antes... Não posso fazer mais coisas que depois me possa arrepender... acho que vou acalmar ... tem de ser...”;

Segundo Wright (2005), falar sobre um acontecimento de doença, traduz a história do sofrimento que aquela pessoa e família vivem e quais as consequências, com as quais terão que passar a viver, o que nem sempre é fácil de aceitar.

A consciência, segundo Meleis, é uma das propriedades da transição, essencial para se iniciar a procura de estratégias adaptativas. Está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções das pessoas que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000).

A consciencialização por parte da pessoa, por vezes, é difícil podendo existir dificuldade na aceitação do seu estado de saúde. A negação da doença, a não aceitação da mudança e diferença pode ser uma estratégia de *coping* utilizada pela pessoa. Enquanto algumas pessoas se adaptam mais facilmente à incapacidade, maximizando as potencialidades individuais e reorganizando a vida mediante as limitações percebidas, outras têm dificuldade na aceitação e adaptação à sua nova situação (Rabelo & Neri, 2000).

Os discursos dos participantes do nosso estudo, revelam que estão conscientes das alterações que a doença e a dependência provocaram na sua vida e mantém uma atitude de resiliência perante as alterações que vão percecionando, no sentido da aceitação destas diferenças:

*E8 – “..., mas, agora é tudo mais lento, mais difícil e o medo de cair persegue-me..., mas vou-me adaptando a isto...é outra condição...já sei que tenho que viver o que me resta assim”*

*E5 - “...sente-se saudades de como éramos antes de tudo isto..., mas, agora é assim, podia ser ainda pior, não é?...”*

*E5 - “...somos outra pessoa no final disto tudo...”*

Abreu (2010) corrobora esta ideia, referindo que o processo de transição requer por parte da pessoa, a utilização de recursos de suporte disponíveis, para conseguir enfrentar a situação, visando a adaptação bem-sucedida dos desajustes, dos conflitos da desorganização ou da desarmonia, reencontrando assim uma nova maneira de ser.

A forma como a dependência é vivida pela pessoa e pelos seus familiares depende do modo como a própria doença é aceite (Martins, 2002).

Contudo, nem todos reagem da mesma forma à *doença*, enquanto para uns, o stress resultante das sequelas gera um estímulo para superar o desafio, outros isolam-se e não têm certeza se voltarão às suas atividades sociais, como referem Potter e Perry (2003).

Os relatos dos participantes vão ao encontro dos autores, pois uns esperam reconstruir a sua vida social e referem vontade de voltar a realizar atividades que realizavam antes, com manifesta **esperança na reconstrução da vida social**, como se constata nas convicções abaixo transcritas:

E2 - *“Eu fazia 45 minutos de caminhadas, agora não consigo. Mas tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para voltar.”*

E 4 - *“Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.”*

Pelo contrário, outros não têm certeza se voltarão às suas atividades, manifestando **incerteza na reconstrução da vida social**, que outrora tinham, mas que pensam dificilmente recuperar, como confirmam os seguintes achados:

E10 - *“Este problema vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer. Primeiro porque gostava de passear, ir ao café, estar com os meus amigos e agora não vou (...) Poderei ir com outros a me levarem, mas já não é igual, não é a mesma coisa.”*

E6 - *“Ia todos os domingos, quando podia à missinha. Ainda hoje pensei: é hora da missa e se pudesse, ia, mas assim não posso ir. Talvez depois...”*

E7 - *“Mas fiquei limitada para tudo o resto...sabe as coisas da casa, já não consigo, virava-me logo de cangalhas e canso-me muito...acho que isso já não vai mudar, já não é coisa para eu fazer...”*

Segundo Wright (2005), a vida não volta a ser a mesma depois de uma experiência que causa dependência física, o que nos leva a acreditar, que após as mudanças ocorridas decorrentes da FEPP, as pessoas têm de redimensionar a sua vida, incorporando a sua nova condição de saúde.

Os resultados da investigação de Pasco et al. (2005) evidenciaram que grande parte dos participantes não se desloca para o exterior da habitação, por diminuição da mobilidade, associada à necessidade de produtos de apoio ou apoio de terceira pessoa na marcha.

Tal como refere Sequeira (2010), a respeito de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) o aparecimento de uma dependência implica uma transição para uma nova vida, devido a um acontecimento não antecipado, o qual pode acontecer de forma abrupta, e que, portanto, dificulta esse processo de adaptação.

As experiências de mudança no padrão habitual de vida, são comuns nas pessoas que vivenciam uma fratura do fêmur, o que corrobora os resultados do estudo de Zidén, Wenestam e Hansson-Scherman (2008), em que as pessoas idosas após uma fratura do fêmur descreveram experiências de mudança relacionadas com a perda de confiança no próprio corpo, neles próprios sentindo-se limitados nos movimentos. Relatam mudanças na situação de vida em geral, tornaram-se mais dependentes dos outros para satisfação das suas necessidades, vivenciando sentimentos de humildade e agradecimento para com os cuidadores. Referem ter vivido sentimentos de perda de entusiasmo pela vida, incerteza sobre o futuro, isolamento, sentindo-se velhos e perto da morte. As consequências da fratura foram multidimensionais, envolveram mudanças dramáticas, questões existenciais e reavaliação dos anos de vida que lhes restavam. Os resultados indicam que a fratura parecia não “quebrar apenas o osso”, mas também a vida social, como se causasse “fissuras existenciais”, envolvendo problemas de saúde que influenciam a vida diária.

Os projetos de vida para o futuro não estão visíveis nos participantes, talvez devido à idade avançada de grande parte. É pela experiência vivida que perante uma mudança, a pessoa decide o que quer vir a ser, ou a tornar-se (Gullickson, 1993) e alguns dos participantes resignam-se face à nova situação, deixando transparecer a **inexistência de projetos futuros** ou grandes planos de vida a concretizar.

*E9 – “...temos que mudar de rumo...é assim, a idade não perdoa...a idade traz estas maleitas e daqui em diante é uma vida nova, mais recatada!”*

#### **4- A NOVA AUTONOMIA**

A pessoa que passou por um evento gerador de dependência no autocuidado, vivencia uma transição e inicia, simultaneamente, um processo de adaptação que se materializa ao longo do tempo, na reconstrução da sua autonomia.

O fenómeno da reconstrução da autonomia no autocuidado é um processo, que exige tempo e um fluxo de várias energias, no qual a ajuda profissional dos enfermeiros de reabilitação pode ser extremamente significativa para a pessoa com FEPP.

De acordo com muitas das leituras que fizemos sobre a problemática, assim como da nossa experiência diária, de avaliação do potencial de reconstrução da autonomia no

autocuidado de cada pessoa, este pode ser influenciado por vários fatores, nomeadamente, a capacidade física, capacidade cognitiva, idade e outros aspetos, como o seu locus de controlo, a sua atitude face à vida e a sua autoestima.

Os resultados, globalmente, apontam para uma evolução positiva no nível de autonomia. Os discursos dos participantes remetem-nos para uma evolução que se percebe que vai ocorrendo ao longo do tempo, no sentido de uma reconstrução da autonomia, da qual faz parte integrante o processo de recuperar a independência no autocuidado e nas AVD's, a melhoria da sua condição de saúde, nomeadamente o atenuar do compromisso dos processos corporais e a força de vontade, como grande impulsionadora da nova autonomia que os participantes vão conquistando, tal como esquematizado na figura que se segue.

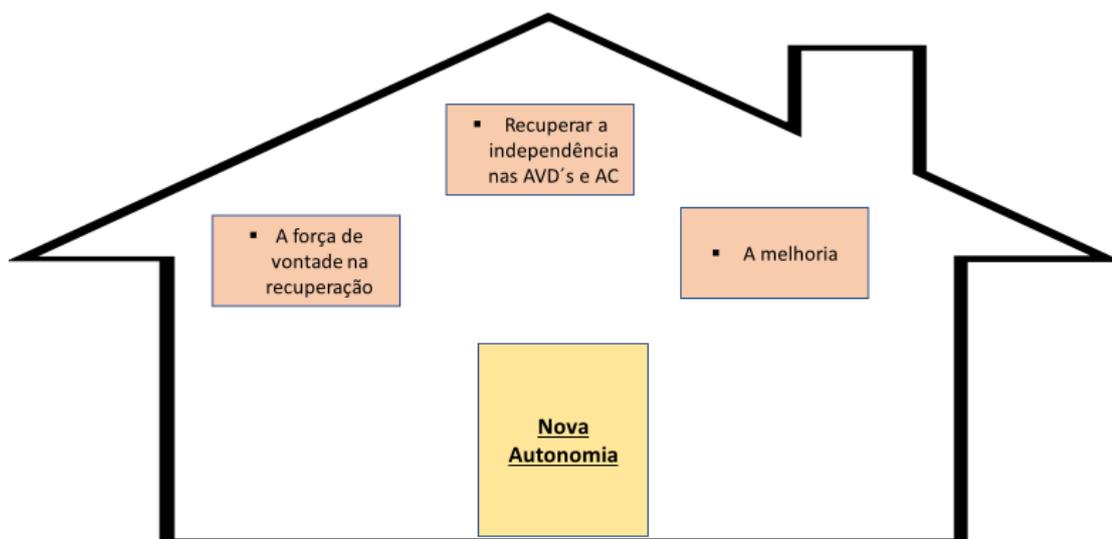


Figura 9 - As vivências da transição para casa da pessoa com FEPP – subtemas da Nova Autonomia

Fonte: Desenhado pela autora

“As transições resultam de e terminam em mudanças” (Meleis et al., 2000, p. 13), que refletem os resultados saudáveis do processo de transição. No presente estudo emergiu a categoria nova autonomia, que atesta a evolução dos participantes no sentido da recuperação da saúde e do bem-estar, da independência no AC e AVD's e força de vontade em todo o processo de ultrapassar as sequelas causadas pela FEPP.

A autonomia, segundo WHO (2002), refere-se à habilidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. Trata-se da “*capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações*” (Sequeira, 2010, p. 4). As várias concetualizações de autonomia vão ao encontro da capacidade da pessoa para decidir sobre a sua vida. No que respeita à autonomia para o autocuidado, esta relaciona-se com a competência para decidir sobre uma determinada atividade de vida, “*capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida*” (Sequeira, 2010, p. 5).

Autonomia é um foco da atenção de enfermagem, presente no campo da intervenção dos enfermeiros em interligação com outros focos, nomeadamente os autocuidados (CIPE, 2005). Neste âmbito, os cuidados de enfermagem de reabilitação procuram melhorar a autonomia da pessoa, de acordo com a sua potencialidade e “*a autonomia do doente é o objetivo primário, e as preferências e valores do doente definem o objetivo*” (Jonsen, 1999, p. 123).

O percurso de progressiva autonomia tem de ser promovido e facilitado pelos serviços e técnicos de saúde, pela família e pela intervenção e apoio social. (Henriques, 2004).

Recentemente, têm surgido diversas evidências científicas reveladoras do processo de reconstrução de autonomia da pessoa dependente no autocuidado e dos fatores que estão associados ao potencial da pessoa na recuperação da autonomia no autocuidado.

O potencial de autonomia é um resultado esperado, ou seja, uma meta que assume extrema importância nos cuidados à pessoa com compromisso da autonomia para o autocuidado, e trata-se do potencial que cada pessoa encerra para preservar ou recuperar a autonomia após um quadro de dependência para o autocuidado (Brito, 2012; Maciel, 2013, cit. por Lourenço, 2015).

Neste âmbito, aspetos como a atitude da pessoa face à dependência, a força de vontade, a perceção da autoeficácia, a convicção e o desejo em recuperar, o apoio e a mobilização dos recursos da comunidade, têm um papel decisivo na obtenção de ganhos em autonomia para o autocuidado sensíveis aos cuidados de enfermagem (Brito, 2012; Maciel, 2013, cit. por Lourenço, 2015).

- **Recuperar a independência nas AVD's e AC**

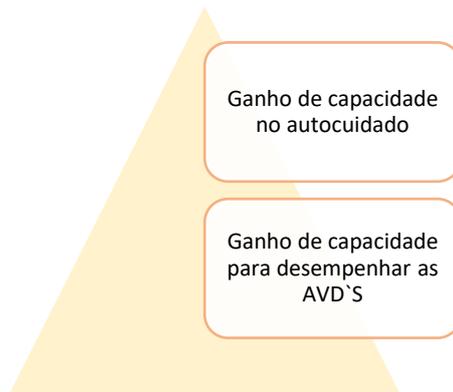


Diagrama 15 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes ao recuperar a independência nas AVD's e autocuidado na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

O autocuidado é considerado “*um dos aspetos do viver saudável*” (Bub et al., 2006 p. 155). Segundo o mesmo autor, as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que as pessoas desempenham, de forma deliberada e em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

A independência é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda. O conceito de independência, aparece como forma de tentar medir o grau de dificuldade que uma pessoa tem em realizar as atividades quotidianas. A “*independência está relacionada com a capacidade de desempenho de AVD'S e de autocuidado*” (Sequeira, 2010, p. 5).

A evolução no sentido da autonomia/independência para o autocuidado, é considerada um ganho em saúde ao nível individual para a pessoa, que é visível nos relatos expostos pelos participantes, quer em **ganho de capacidade no AC**, quer em **ganho de capacidade para desempenho das AVD'S**.

E3 - “... cuidar da casa como dantes, não, mas cuidar de mim, ao menos isso já consigo e é um grande alívio...”

E8 - “Hoje, dois meses depois, sinto-me bem melhor, não igual, mas faço a minha vida, já saio de casa, levo uma canadiana e vou mais devagar do que antes, mas vou.”

Para Hoeman (2011), num processo de reabilitação, o autocuidado é mais do que um grupo de capacidades aprendidas, é um processo que proporciona á pessoa e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais.

Robinson (1999), numa análise da literatura cuja finalidade visa avaliar a capacidade funcional para desenvolver AVD`S após FA, destaca entre as AVD`S mais comprometidas, cozinhar, fazer compras e tarefas domésticas. Os resultados da pesquisa apontam para o facto de uma grande percentagem das mulheres idosas não conseguirem atingir o nível funcional anterior à fratura, após seis e doze meses do episódio gerador de dependência, apresentando algum grau de dependência de terceiros ou de produtos de apoio para a sua concretização.

Röder et al. (2003) corroboram estes dados, uma vez que, ao compararem a capacidade funcional na realização das AVD`S, antes e após a FA, verificaram a diminuição da mesma após a fratura, e, embora as avaliações aos 6 e 12 meses de reabilitação, registem evolução positiva, não foi possível atingir a condição de funcionalidade prévia ao episódio.

Estes resultados de investigação têm semelhanças com o que os participantes nos referem sobre a sua recuperação funcional:

*E1 – “...com o passar dos dias fui-me tornando mais independente, sim, já cuido de mim, com ligeira ajuda da minha esposa no banho, mas na rua ainda não faço o que gostaria...a limitação dos movimentos está cá e não há volta a dar...ainda não consigo chegar aos trabalhos do campo...”*

Jongjit et al. (2003) no seu estudo sobre QDV após FA, associam maior grau de dependência para a concretização das AVD`S ao compromisso da vida social, perante alterações da qualidade da marcha, como lentificação, défice de equilíbrio, falta de confiança e insegurança.

*E5 - “Nas coisas da casa, eu voltei a fazer tudo que fazia antes (...), lavo a louça, passo, não deixei de fazer nada, estou bem (...) mas ainda tenho muito medo de cair novamente, medo de novas quedas, mas preciso de fazer isto, de me sentir útil”.*

E7 - “...fiquei a conseguir bem ou mal, tratar de mim... andar dentro de casa com o andarilho, como a cama é baixa, lá me levanto e deito e devagar, vou fazendo as minhas coisas...”

Neste sentido, Petronilho (2012), refere-se ao autocuidado como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos de saúde/doença, altamente sensível aos cuidados de enfermagem. O mesmo autor refere que este conceito permite uma abordagem de enfermagem no domínio do conhecimento e aprendizagem de capacidades, cujos resultados esperados visam obter eficácia no desempenho do autocuidado e garantem ganhos em saúde mensuráveis.

Neste contexto, é inegável, que reconhecer pequenos ganhos dá confiança e motivação á pessoa para continuar a participar e a investir as suas energias na sua recuperação (Seale, Berges, & Ottenbacker, 2010).

- **A força de vontade na recuperação**

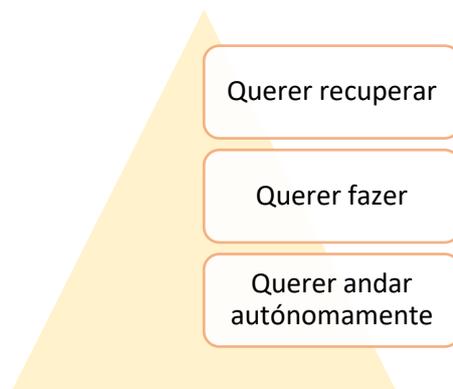


Diagrama 16 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à força de vontade na recuperação na vivência da transição para casa da pessoa com FEPP

Fonte: Desenhado pela autora

Ao longo do estudo, ficou bem evidente a influência da força de vontade e de uma atitude positiva no processo de recuperação e de reconstrução da sua nova autonomia, estando esta força bem evidenciada nos discursos dos participantes, sendo mesmo reconhecida por estes como fator fundamental, que os próprios sentiram como impulsionadora da sua recuperação positiva.

E6 - “A nossa força anímica conta muito...tem que se querer recuperar acima de tudo o resto e eu queria por tudo ...”

Esta força de vontade, impulsionadora da recuperação da pessoa com FEPP e com efeitos positivos na reconstrução da sua nova autonomia na transição para casa, encontra-se materializada no **querer recuperar, querer fazer e querer andar**.

Os participantes são movidos pelo seu querer recuperar, e é essa força que é mobilizada na conquista de progressos e conquistas no seu percurso de recuperação, tal como é evidenciado nos relatos que se seguem:

E4 - “(...) eu penso... nós em termos de força de vontade...que é o que eu tenho, muita!...A gente consegue logo uma ajuda para as doenças. Que é o que eu digo (...) “nós com força de vontade, conseguimos tudo...”, e para mim tem de ser igual, tenho de arranjar... para... tentar passar estes problemas, estas coisas. (...)” E tenho conseguido ultrapassar as dificuldades que foram surgindo...”

E9 - “Acredite, Srª Enfermeira...que a vontade é tudo...e quem não tiver vontade...á não consegue nada...é preciso ter uma grande, grande vontade para se ultrapassar e ir buscar forças onde já não as há!”

O conceito de força de vontade, é definido pelo ICN (2005, p. 82) como: “Disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências”.

O querer fazer o que antes faziam, leva-os a tentarem superar-se para conseguir esse objetivo de melhoria do desempenho no seu dia-a-dia:

E6 - “...sempre me empenhei...dei o máximo, tinha que fazer as coisas por mim...já antes era assim...e olhe que até achei que me ia custar mais...”

E4 - *Querida muito voltar a tomar o meu banho...sem ajudas, percebe...então ia tentando perder o medo...fazer, com calma...tinha de ser...segurava-me para não cair e com a outra mão fazia por mim... e foi indo...*

Petronilho (2013), refere-se a este desejo expresso da pessoa em tornar-se mais independente, assim como aos fatores determinantes de um maior potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado, nomeadamente, a força de vontade, crença, desejo, motivação, capacidade cognitiva e reconhecimento das mudanças, como

determinantes e presentes no grupo de pessoas que “*de forma progressiva readquiriram melhor condição de saúde, sobretudo, após o internamento hospitalar*” ( p. 202).

Sobressai nos relatos dos participantes, à semelhança dos resultados de Petronilho (2013), a sua força de vontade para concretizar este querer fazer, as pequenas coisas do dia-a-dia, que as consequências da FEPE na sua vida os impediu de realizar:

*E5 - A gente tem uma vontade enorme de voltar a fazer aquelas coisas básicas do dia-a-dia...não é? E vamos experimentando e tentando e forçando, até que já vai dando...*

A força de vontade expressa pela pessoa na aprendizagem, e o desejo expresso em tornar-se mais independente, são fatores psicológicos determinantes das transições (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Pereira (2008) refere que a força de vontade da pessoa dependente, sendo uma atitude “*revestida de determinação, empenhamento, vontade em participar e em recuperar (...)*” (p. 75), constituem-se como aspetos facilitadores da reconstrução da autonomia.

A motivação para recuperar a independência está presente nestas pessoas. A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define a motivação como a função mental global, consciente ou inconsciente, que produz o incentivo para a ação (OMS, 2004).

A análise dos dados das entrevistas revela que a principal motivação se relaciona com a autonomia no autocuidado e com a possibilidade de voltarem a ser independentes, para sair de casa e realizar as AVD`S que antes executavam. Neste contexto, assume particular relevância o conceito de **querer andar** comum a todos os participantes:

*E6 - “Já me disse que breve passava para as canadianas, e eu quero, quero ficar mais leve! Quero ficar mais livre!”*

*E7” ...é penoso, sim, mas queria tanto voltar a andar...”*

*E1 - “Foi doloroso, retomar o andar, custa bastante, mas temos que ter força de vontade, se queremos uma coisa, e assim, se vai conseguindo...”*

*“Eu... que não melhore total, mas que eu pelo menos eu possa andar sem dor! Esse é o meu sonho (choro)...esse é o meu sonho”*

*E9 - “... apesar dos meus 90 anos, eu queria andar, eu queria ficar a dar uns passos, não queria perder isso de vez...e então tinha que aguentar todo aquele esforço e*

*sacrifício...nada se consegue sem sacrifício na vida...mas valeu a pena...já conseguia andar com o andarilho e isso foi muito bom, fiquei muito feliz quando finalmente consegui dar os primeiros passos...”*

*E3 – “...puseram-me no andarilho e comecei devagarinho. Foi uma grande emoção...eu não queria perder o andar. Apesar de velha, enquanto a gente andar...lá se vai indo, mas acamada era o fim. Não andava muito, mas já era suficiente para a minha vida lá em casa queria muito conseguir andar, mesmo...”*

*E3 - “Portanto consigo deslocar-me pela casa fora... ponho-me a andar de um lado para o outro e às vezes vou à cozinha, e ando por ali assim...só não queria deixar de andar...”*

*E4 - “Aqui tenho andado com...o andarilho, hoje já andei...queriam que andasse assim em casa...que continuasse, para não parar...e eu tenho feito como consigo...e vou conseguindo melhor, graças a Deus, consigo andar...”*

Estes relatos espelham os resultados obtidos por Young e Resnick (2009), em que os participantes percebem a importância da sua própria motivação, atitude positiva e proativa, com envolvimento efetivo nas atividades de reabilitação recomendadas.

Nesta mesma linha de pensamento, Jacelon (2010), verificou que os participantes do seu estudo atribuem significado à atitude perante a doença, como determinante na manutenção do equilíbrio e funcionalidade nas AVD'S. As formas encontradas para manter uma atitude positiva foram: “*preservar uma perspectiva positiva, encontrar e criar sentido para a vida, aceitar as perdas e ter planos para o futuro*” (p.19).

De modo similar, o envolvimento, que na teoria das transições se refere à forma como a pessoa se vai envolvendo e interessando pelo processo de mudança (Meleis et al., 2000), pode ser considerado um fator capaz de influenciar a reconstrução da autonomia. O envolvimento começa e verifica-se quando as pessoas demonstram preocupação com o seu estado de saúde e com questões acerca das suas possibilidades de melhoria, procurando informação, aderindo às propostas de mudança e mostrando-se progressivamente mais proativas na sua recuperação (Pereira, 2008; Almeida, 2010; Brito, 2012). Nesta linha, a determinação, o empenho, a vontade em participar e em recuperar, podem constituir-se como fatores facilitadores da reconstrução da autonomia (Pereira, 2008; Brito, 2012).

As diferentes atitudes face ao autocuidado podem constituir aspetos com influência na reconstrução da autonomia. Brito (2012), constatou que as pessoas com posturas mais passivas e resignadas encaravam a dependência como uma condição prolongada. Por sua vez, as pessoas com perfis mais responsáveis e com tendência a serem independentes, assumiam o quadro de dependência no autocuidado como um desafio, procurando envolver-se ativamente na sua recuperação.

- **A melhoria**

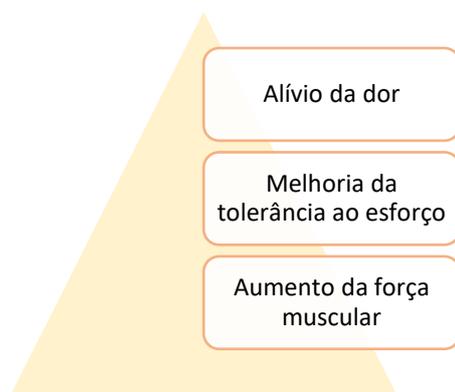


Diagrama 17 - Representação esquemática, dos constituintes-chave referentes à melhoria na vivência da transição para casa da pessoa com FEFP

Fonte: Desenhado pela autora

A melhoria relativamente ao compromisso nos processos corporais permite-lhes lidar melhor com a experiência de transição para casa, gerindo melhor os desafios impostos pelo evento gerador de dependência, e facilitando-lhes a reconstrução gradual da autonomia face ao autocuidado e face às AVD's.

Percebe-se nos relatos destas pessoas, que a própria evolução natural da doença, com o atenuar de alguns sintomas físicos, nomeadamente o **alívio da dor, melhoria da tolerância ao esforço e aumento da força muscular**, permite-lhes retomar gradualmente algumas atividades da sua vida e do seu autocuidado, atuando, desta forma, como importante fator de ganho de confiança a este nível, pois o facto de se sentirem fisicamente melhor, potencia a sua recuperação.

*E1 - "...já tenho mais força...já consigo ter outros objetivos..., mas, tenho que ir com calma."*

E2 - *“...e as dores que tinha já estão mais aliviadas e deixei de ter essa limitação, ando mais por isso e movimento-me melhor, pois controlo melhor a perna.”*

E5 - *“eu agora já me aguento bem de pé...já comecei a andar com as canadianas e até só com uma, a perna está melhor e tenho menos dificuldade em andar.”*

E6 - *“...claro que ainda não estou como queria...ainda uso o andarilho para me deslocar, mas já me vou equilibrando melhor em pé e já vou utilizando os braços para fazer algumas coisas.”*

E7 - *“...vem-nos aquele cansaço, que as pernas tremem..., mas com o passar dos dias vai melhorando...”*

E8 - *“fui sempre melhorando com o passar do tempo, e consegui ultrapassar as limitações, fiquei bem, cuido de mim e voltei a sair à rua, claro que com menos ligeireza!”*

E10 - *“...nas últimas duas semanas sinto-me muito melhor...já recuperei força na perna e ando melhor...”*

Nesta perspetiva, Petronilho et al. (2017), concluem que *“maior potencial de reconstrução de autonomia, está associado a menor compromisso nos processos corporais e a maior independência”* (p.39).

Pensamos que esta recuperação de bem-estar e alívio de sintomas é um fator decisivo, na medida em que concorre para o sucesso adaptativo, pois permite que a pessoa reúna condições para retomar a sua atividade física. Torna-se importante para a reabilitação em termos do autocuidado, pois *“as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico”* (OE, 2001, p. 7).

Perante os resultados apresentados e discutidos neste capítulo, podemos perceber que é no incentivo à capacidade de se adaptar às circunstâncias da sua nova vida que se centra a ajuda prestada pelo enfermeiro especialista de reabilitação, na medida em que abrange, em toda a sua amplitude, as atividades inerentes ao quotidiano da vida da pessoa, desde a promoção e facilitação do autocuidado, ensino e treino das AVD`s, até aos aspetos relacionados com a mobilidade e a acessibilidade, assim como a capacitação do familiar cuidador.

Tomando por referência os achados anteriormente discutidos, e no sentido de operacionalizar o fenômeno da transição para casa da pessoa com FEPP, baseando-nos no modelo Transacional de Meleis (2010), realizámos o desenho da transição para casa da pessoa com FEPP na figura que se segue:

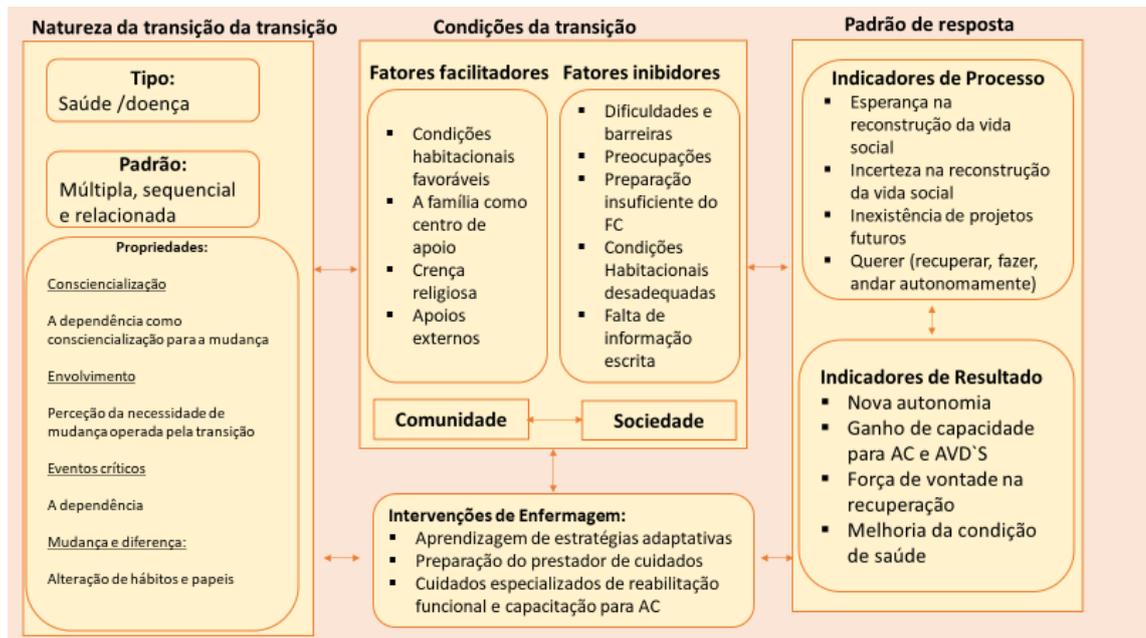


Figura 10 - Operacionalização da Transição para casa da pessoa com FEPP segundo a teoria das transições

Fonte: Adaptado de Meleis, 2010

A compreensão de como ocorreu a transição para casa e que significado teve para a pessoa com FEPP esta vivência, quais os aspetos facilitadores e dificultadores, bem como os padrões de resposta utilizados, possibilitará uma definição de intervenções de enfermagem adequadas e mais ajustadas às necessidades reais das pessoas (Meleis, 2010).

A ocorrência do episódio de fratura, desencadeou um imperativo de mudança na vida da pessoa com FEPP, sendo a condição de dependência resultante deste processo de saúde/doença, que a consciencializou da necessidade de operar algumas mudanças em várias dimensões da sua vida.

Foi inevitavelmente, a condição de dependência que desencadeou a experiência de uma transição de saúde/doença, múltipla e sequencial, uma vez que, para além do processo de

estarem dependentes de terceiros, vivenciam ainda uma série de outras alterações subsequentes, nos seus hábitos e papéis.

No que concerne às propriedades da transição, a consciencialização surgiu como o assumir da necessidade de mudança nos seus hábitos e papéis. O êxito da transição passou por um envolvimento em todo o seu processo de transição, através da percepção da necessidade de mudança. (Meleis, 2010).

Ainda, com base no modelo das transições de Meleis (2010), existem dois tipos de padrões de resposta que possibilitam determinar o sucesso da transição. Os indicadores de processo permitem perceber se a transição contribuiu para uma melhoria no estado de saúde da pessoa ou para um aumento da sua vulnerabilidade, que se poderá traduzir numa diminuição da sua qualidade de vida. Na transição em análise o sentimento de esperança na reconstrução da vida social, foi percecionado pela maioria dos participantes, surgindo como um indicador de processo positivo. Por outro lado, muitos deles sentem-se resignados e manifestem incerteza na reconstrução da sua vida social e inexistência de projetos futuros, indicando deterioração na sua qualidade de vida e satisfação com a vida, pela situação de limitação e restrição em que se encontram, com uma percepção mais negativa do seu estado de saúde e de vulnerabilidade.

Os indicadores de resultados são a mestria e a integração fluída e representam a capacidade da pessoa com FEPF integrar no seu dia-a-dia os conhecimentos que adquiriram com a vivência da transição e a capacidade de usá-los no sentido de alcançar o melhor estado de saúde possível (Meleis, 2010).

Em suma, e suportados nas vivências que nos foram transmitidas no decorrer desta investigação, consideramos que o sucesso da transição para casa da pessoa com FEPF, deverá passar por uma abordagem terapêutica, que exige o envolvimento e uma ação de parceria entre a pessoa com FEPF, os seus prestadores de cuidados e o Enfermeiro, tal como se esquematiza na figura abaixo:

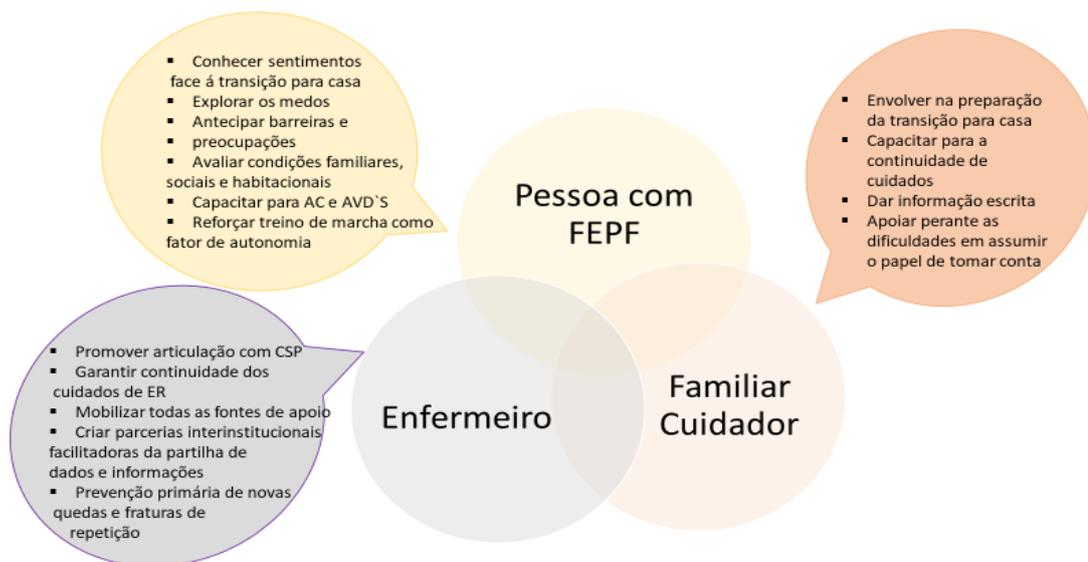


Figura 11: Sugestão de abordagem terapêutica à pessoa com FEPE na transição para casa.

Fonte: Desenhada pela autora

## SÍNTESE E CONCLUSÕES

No momento final do nosso estudo é de grande importância refletirmos sobre os resultados a que chegámos e o percurso que lhe deu origem, assim como procedermos à análise da concretização dos objetivos, dificuldades e limitações de toda a investigação.

AS FEFP têm vindo a aumentar em Portugal e no mundo, a par com o crescente envelhecimento das populações, o que representa para a saúde um significativo impacto médico e socioeconómico, relacionado não só com o evento em si, assim como, com as consequências que lhe estão associadas (Laires, Perelman, & Consciência, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (cit. por Laires et al., 2015), *“as FEFP resultam em dor crónica, perda de mobilidade, diminuição da capacidade funcional, e aumento de mortalidade. Todos os doentes com este tipo de fratura requerem internamento hospitalar frequentemente prolongado, sendo praticamente todos submetidos a intervenção cirúrgica”* (p. 224).

O aumento exponencial desta incidência, confirmada nos últimos estudos desenvolvidos, colocam desafios diários aos serviços de saúde e aos seus profissionais, nomeadamente na reabilitação e reintegração sociofamiliar destas pessoas. Pelo que, a vivência da transição para casa da pessoa com FEFP afigura-se como um fenómeno de extremo interesse para o EER, nomeadamente na adequação da intervenção às necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados.

O interesse pelo tema, a nosso ver, foi de extrema importância, perante o aumento da incidência das FEFP com a crescente expectativa de vida da população, originando problemas cada vez mais incapacitantes que exigem mais cuidados de saúde em geral e de reabilitação em particular, na reintegração sociofamiliar destas pessoas, muitas vezes, insuficientes para responder às necessidades. O contacto diário com a pessoa que sofreu FEFP, permitiu-nos constatar que o momento da alta hospitalar e a transição para casa, transportam consigo uma elevada carga emocional, deixando transparecer sentimentos de insegurança, o que nos incitou a querer conhecer melhor esta vivência, com o intuito de

reunir contributos de melhoria das práticas clínicas e reforçar a importância da atenção dispensada a estas pessoas.

Foi nossa preocupação compreender e analisar a vivência do processo de transição para casa da pessoa com FEPP, descrevendo sentimentos, emoções, percepções, acontecimentos significativos, representações e experiências relativamente ao seu percurso de reabilitação, transição para casa e processo de adaptação a todas as mudanças operadas na sua vida.

Face à finalidade do estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, de cariz fenomenológico, recorrendo à entrevista semiestruturada realizada no contexto natural do seu domicílio, para que se se pudessem revelar de forma sistemática as experiências concretas relativas à vivência das transições para casa da pessoa com FEPP. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional e em *bola de neve*. Para a análise dos dados seguiu-se o método de Giorgi e Sousa (2010), que se revelou ser adequado para os objetivos pretendidos.

O percurso desta investigação originou trabalho intenso transformado em importantes aprendizagens, que se pretende que seja apenas o início de um trajeto de procura constante do conhecimento para enriquecer a disciplina e principalmente contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem em geral e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em particular.

Ao investigar neste domínio, percebe-se que a forma como as pessoas vivem as transições, quando se encontram, numa situação de dependência no autocuidado e regressam a casa, após um internamento hospitalar por FEPP ainda está pouco explicada, inviabilizando o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, eficazes para ajudar as pessoas a lidar com a globalidade que o problema encerra.

Constata-se que a transição para casa, da pessoa que sofreu FEPP geradora de dependência, é um momento de grande complexidade e até vulnerabilidade, onde os participantes se confrontam com a incapacidade funcional, compromisso nos processos corporais e psicológicos e enfrentam dificuldades barreiras e preocupações para as quais não estavam devidamente preparados.

Uma vez que o evento gerador de dependência se caracterizou pela ocorrência de um episódio súbito, os défices que daí advêm têm um impacto significativo no projeto de saúde da pessoa, gerando dependência e conseqüente restrição do seus hábitos e papéis,

trazendo novas necessidades, nomeadamente a existência de um prestador de cuidados, recurso a estratégias adaptativas, cuidados de reabilitação e gestão do ambiente habitacional. Este conjunto de questões exige à pessoa com FEPPF um percurso de readaptação à mudança e uma capacidade de adaptação à sua nova condição de vida, na procura da reconstrução de uma nova autonomia.

Passamos a sintetizar os principais resultados que emergiram desta vivência de transição para casa da pessoa com FEPPF:

A **dependência** é o fenómeno que mostrou ser o principal motivo de preocupação da pessoa com FEPPF na transição para casa, enquanto geradora de sentimentos de incapacidade, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo. Esta materializa-se pela **incapacidade funcional**, o que implica uma **necessidade de ajuda nas AVD's**, nomeadamente as tarefas domésticas que desempenhavam até então e **necessidade de ajuda no AC**, em que passam a necessitar de terceiros para cuidar de si próprios, em virtude da sua **mobilidade reduzida**, que os impede de assumir a sua independência. O **compromisso nos processos corporais** é sentido como agravante da situação de dependência, na medida em que as sequelas físicas resultantes da fratura e do pós-cirurgia limitam a atividade da pessoa, sendo referido como significativo o quadro de **dor** que persiste, **cansaço e falta de força** e a **sensação de peso na perna**.

A instalação da dependência e necessidade de ajuda nas diversas AVD'S, faz com que a pessoa se sinta inútil e impotente, interferindo negativamente com o seu bem-estar psicológico e emocional, sendo que a sua dependência se vai repercutir ao nível do **compromisso dos processos psicológicos**, com manifestação de sentimentos e emoções negativas variadas, desde **medo, tristeza, desânimo, insegurança, incerteza, solidão, desamparo, desespero, ansiedade, impotência e frustração**.

Emergiram várias **dificuldades e barreiras** na transição para casa e uma complicada adaptação ao ambiente habitacional, tendo em conta as limitações de mobilidade que apresentam, nomeadamente **presença de obstáculos à circulação com auxiliar de marcha, casa de banho não adaptada às necessidades e espaço desadequado**.

As pessoas submetidas a tratamento devido a FEPPF, relatam diversas **preocupações**. Aquela que mais se destaca é o **medo de cair** e repetição do episódio de fratura associado ao receio de nunca mais voltarem a recuperar das restrições e mobilidade limitada, sobressaindo daqui a **relevância do andar**. Ainda está patente uma outra preocupação

que se relaciona com a **sobrecarga do cuidador**, devido às suas necessidades de ajuda, com o acréscimo de trabalho que este papel acarreta para a vida dos familiares cuidadores.

Há uma transformação na vida destes sujeitos e da vivência de várias experiências adaptativas no **percurso de readaptação à mudança**, uma vez que todo o contexto habitual da pessoa fica alterado. Descrevem a necessidade da **aprendizagem de estratégias adaptativas**, tais como o **ensino de técnicas** para lidarem com as limitações instaladas e destacando a importância desta aprendizagem na **facilitação do seu autocuidado**.

É evidente por parte dos entrevistados, a necessidade de **preparação do prestador de cuidados**, surgindo vários relatos sobre a preparação do prestador de cuidados na transição para casa enquanto mais-valia, no sentido de facilitar e suavizar a transição para casa, referindo-se à **utilidade do ensino** e à **importância da aprendizagem para cuidar**. Nem sempre viram os ensinamentos reforçados e complementados pela informação escrita, surgindo no relato dos sujeitos a **falta de informação escrita**, como um fator dificultador e em alguns casos, avaliaram mesmo como tendo uma **preparação insuficiente**.

Existe um reconhecimento, pelos **cuidados de reabilitação** prestados, diferenciando-os na equipa de saúde e caracterizando-os como **dedicação** dos profissionais, **sacrifício** para a pessoa, mas executados sempre no **sentido da recuperação** da pessoa, obtendo a sua **satisfação** com os mesmos.

As condições habitacionais constituíram um aspeto positivo para alguns sujeitos, por estarem já bem preparadas para os receber, sendo as **boas condições habitacionais** um aspeto facilitador nesta transição para casa, no entanto, outros participantes depararam-se com a necessidade de **alteração das condições habitacionais**, nomeadamente **adaptação da casa-de-banho**, **gestão do espaço** e **alteração do mobiliário**, de modo a facilitar a circulação e segurança.

A família revelou ser a maior e mais importante fonte de apoio e suporte para os participantes, na sua transição para casa, na aceitação e adaptação à nova condição de vida, através do seu **papel de cuidador** e **apoio emocional**. Este papel abriu uma oportunidade à consolidação dos processos familiares e **fortalecimento das relações**, mas por outro lado, constituiu-se como fonte **de problemas relacionais**.

A crença religiosa, assume algum destaque, destacando-se a **fé em Deus** e a **proteção divina** como fontes de suporte para estas pessoas.

O apoio familiar, à semelhança de outros estudos, continua a ser o cerne do cuidado à pessoa dependente, mas existem outros apoios externos ao núcleo da família, que constituem importantes formas de suporte na situação vivenciada de transição para casa, em que as pessoas estão dependentes de terceiros, nomeadamente os **vizinhos e amigos, apoio social** ao domicílio, **cuidados de saúde primários, serviços domésticos, serviços privados, apoio de ECCL, sendo a situação financeira** determinante na mobilização de alguns apoios ou na **falta de apoios**.

A ocorrência de FEPP modificou a vida dos participantes, que passa a ser pautada por um esforço constante pela **adaptação**. Podemos constatar que o episódio de FEPP, levou a mudanças na dinâmica da vida destas pessoas, nomeadamente **alteração de hábitos e papéis** que até então desempenhavam. Os sujeitos passam a manter-se maioritariamente em **isolamento no domicílio**. Ocorre **interrupção do papel familiar, interrupção do papel terapêutico** e o **papel de dona de casa** fica inviabilizado.

A Consciência para **uma nova condição de vida** é um subtema emergente que espelha um conjunto de alterações que os participantes identificaram como necessárias para viver uma vida satisfatória e que reflete a integração da nova realidade, em comparação com o seu *status* antes do evento gerador de dependência. Ocorre a **consciencialização**, embora nem sempre fácil de aceitar, e mantém-se a **esperança na reconstrução da vida social** ou **incerteza na reconstrução da vida social**. O que transparece é a **inexistência de projetos futuros**.

Por último, é evidente uma evolução positiva no sentido de uma **nova autonomia**, um progresso nas formas de lidar com a dependência e **recuperar a independência**, com **ganho de capacidade para o AC** e **ganho de capacidade para as AVD's**, destacando-se a **força de vontade na recuperação**, nomeadamente o **querer recuperar, o querer fazer** e o **querer andar**, que impulsionam um progresso e uma evolução favorável na sua condição de saúde.

A **melhoria** do estado de saúde ao longo do tempo, é determinante em todo este processo, nomeadamente através do **alívio da dor, melhoria da tolerância ao esforço** e **aumento da força muscular**. o que permitiu voltarem a deambular, a realizarem o seu autocuidado e a desenvolverem de forma gradual atividades do seu quotidiano, tais como, atividade doméstica, social e lazer.

O regresso a casa da pessoa com FEPPF impõe a vivência de uma transição saúde/doença que implica, uma reconstrução da própria vida, a redefinição de objetivos que passam pela implementação de um conjunto de estratégias que permitam fazer face às limitações decorrentes do episódio de fratura, podendo levar a uma nova percepção de si próprio, da relação com os outros e com o meio envolvente.

A este respeito, Tomey e Alligood, cit. por Mota, Rodrigues e Pereira (2011), reforçam a premissa, de que toda e qualquer alteração na vida das pessoas requer um período de ajustamento compensatório que resulta na adaptação ao evento que gerou desequilíbrio.

Fica evidente a relevância da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na reeducação funcional motora, reeducação funcional da marcha e reconstrução da autonomia da pessoa com FEPPF, numa visão holística, favorecendo a segurança na transição para casa. Apesar de tudo, nem sempre é atingida na sua plenitude, e o que se verifica, é que estas pessoas relataram uma vivência difícil a vários níveis, experienciando dificuldades para as quais não foram preparados, necessitando de apoio de cuidadores, nem sempre capacitados, enfrentando barreiras que nem sempre foram devidamente contempladas no plano de cuidados, lidando com preocupações que não foram antecipadas e que tornam a sua adaptação mais morosa e necessitando de apoios e de continuidade de uma assistência que nem sempre tiveram. Mas foram vivendo com o que tinham e ultrapassando os obstáculos.

Estes resultados de investigação, vêm reforçar a necessidade de transpor estas evidências para a prática clínica dos enfermeiros como recurso importante à tomada de decisão, pelo impacto positivo que poderão ter no processo de preparação da transição para casa da pessoa com FEPPF, tornando a sua vivência mais facilitada.

Um conhecimento mais aprofundado sobre este fenómeno constitui um enriquecimento para a disciplina de enfermagem, na medida em que pode proporcionar um cuidado mais fundamentado e mais atento às especificidades que a transição para casa da pessoa com FEPPF acarreta, nomeadamente, na antecipação de alguns aspetos práticos que esta vivência nos revelou e nos permitiu identificar, e que deverão ser valorizados nos contextos profissionais, enquanto importantes aspetos da resposta das pessoas ao processo de transição.

Consideramos pertinente reforçar a importância da concretização desta tipologia de investigação, da compreensão das vivências, pois permite-nos chegar à essência das

respostas humanas perante os fenómenos de saúde/doença e deste modo atingir cuidados de maior qualidade e mais humanizados. Tal como nos reporta Ferreira (2006), nos hospitais, ainda se negligencia aspetos tão essenciais como a preocupação com a forma como a pessoa vive com a doença, consigo e com os outros, bem como, a forma como ele experiencia a adaptação à mesma e *“como o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de compreensão na perspetiva de quem a experiencia”* (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010, p. 8).

Esta opinião, é igualmente partilhada por Fernandes (2008), ao referir que a forma como cada pessoa enfrenta o processo de transição saúde-doença apresenta aspetos peculiares de cada ser, incluindo a sua forma de ser e de estar perante si mesma, o seu papel na sociedade e todas as relações que estabelece com o meio ambiente em que vive e que a rodeia durante a sua existência.

Desta investigação emergiram dados sobre a vivência, que nos levam a repensar alguns aspetos do planeamento dos cuidados de Enfermagem na transição para casa da pessoa com FEPP. Ao refletirmos sobre os achados dos participantes chegamos a várias conclusões:

- A promoção da autonomia de pessoas idosas, com alterações da mobilidade devido a FEPP, promovendo uma articulação de cuidados entre hospital e comunidade que favoreça a continuidade dos cuidados de reabilitação, não é uma missão simples, mas é uma necessidade emergente;
- A prática assistencial nos cuidados de Enfermagem à pessoa com FEPP requer um olhar mais específico em relação ao ensino, instrução, treino, orientação e acompanhamento da pessoa e dos seus cuidadores na transição para casa;
- A transição para casa da pessoa com FEPP requer uma intervenção geradora de mudança, com construção de uma reflexão sobre a temática e sobre as vivências das pessoas, que conduza a uma interiorização pessoal e coletiva das vantagens de uma atuação antecipatória das dificuldades;
- O foco de atuação terá de ultrapassar a dimensão física e motora e promover a atenção direcionada à dimensão psicológica e emocional, já que existem aspetos deste foro que necessitam de cuidados específicos e que a serem negligenciados, influenciarão todo o restante processo de recuperação;
- A constatação inequívoca, que é na transição para casa, no seio da comunidade, que a pessoa com FEPP e família/cuidador se confrontam com a realidade,

surgindo a necessidade de se adaptarem à nova condição de saúde, acentuando-se as dificuldades, limitações, constrangimentos que comprometem a autonomia e condicionam a recuperação, mantendo-se inequivocamente, necessidade de apoio profissional, assim como criação de condições e estratégias para adequar o ambiente às necessidades da pessoa;

- A confirmação de que as pessoas e famílias vivem a transição para casa após FEPP com muitas questões por esclarecer, com dúvidas, relacionadas com a continuidade dos cuidados, com lacunas nos apoios mobilizados, com uma preparação deficiente, deixando antever a necessidade de investir nesta área de cuidados através da implementação de estratégias promotoras da preparação da transição para casa de uma forma mais eficiente e profissionalizada.
- A necessidade de uma atuação ao nível da prevenção primária, uma vez que a principal causa da ocorrência de FEPP são as quedas, é de crucial importância o investimento em programas dirigidos à prevenção de quedas em casa, no sentido de evitar a repetição destes eventos e suas consequências, nomeadamente reinternamentos hospitalares.

Com a conclusão deste estudo, consideramos que continua a ser necessário aprofundar este tema com trabalhos de pesquisa subsequentes. Particularmente importante parece-nos ser:

- a compreensão dos processos de transição para o papel de cuidador da pessoa com FEPP;
- a investigação sobre a continuidade de cuidados de reabilitação a pessoas idosas que sofreram fratura do fémur na sua transição para casa;
- o estudo das intervenções facilitadoras da adaptação na transição para casa da pessoa com FEPP;

De referir ainda que, da nossa experiência, assim como pela literatura consultada, parece-nos fundamental daqui para o futuro, investir cada vez mais nas parcerias interinstitucionais na área da Enfermagem de Reabilitação, promovendo articulação efetiva entre os contextos hospitalares e as equipas de reabilitação na comunidade, de modo a potenciar, quer a continuidade de Cuidados de Reabilitação à pessoa com FEPP, quer o acompanhamento de todas as necessidades de reajustamento referenciadas por estas pessoas.

Os achados emergentes desta investigação sugerem-nos ainda a utilidade de elaboração de um manual orientador da transição para casa da pessoa com FEPP, que possa colmatar algumas falhas de informação, dúvidas que persistem aquando da alta e orientações por vezes negligenciadas.

Todas as investigações, independente do seu domínio, apresentam limitações e dificuldades de natureza diversa, sobre as quais importa refletir. Como principal limitação deste estudo, consideramos que, a realização de uma única entrevista por participante poderá ter sido redutora da profundidade de fatores revelados como importantes durante os processos de análise. A esta limitação, não é alheio o facto do estudo se realizar num contexto académico, marcado por limitações e dificuldades de ordem temporal, pessoal e profissional. De igual modo, a inexperiência do investigador, poderá ter influenciado a condução das entrevistas e poderão existir elementos relevantes que não foram tão explorados. Por outro lado, a exigência de que o investigador se “esvazie” de todo o saber adquirido à priori sobre o fenómeno em estudo, na construção do desenho e análise, torna-se difícil de atingir plenamente, existindo sempre a possibilidade de ocorrer interpretação do autor. De acrescentar ainda, a dificuldade encontrada na análise dos dados, relacionada com a falta de experiência na utilização do método adotado.

Apesar das limitações e dificuldades que acima refletimos, consideramos que a pesquisa correspondeu aos objetivos a que nos propusemos inicialmente, e acima de tudo, constituiu um trabalho de elevado enriquecimento pessoal e profissional, assim como uma vivência humana única, e uma verdadeira lição de vida, permitindo-nos, sem dúvida, contemplar o mundo e a vida das pessoas em transição para casa com outros olhos, ou melhor, através dos seus próprios olhos.

Por fim, e considerando a natureza da profissão e disciplina de Enfermagem, congratulamo-nos com a realização deste estudo que atende à compreensão das vivências das pessoas com necessidades de ajuda e intervenção dos enfermeiros de reabilitação, como forma de potenciar as suas respostas profissionais.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrahamsen, B., Van Staa, T., Ariely, R., Olso, M., & Cooper, C. (2009). Excess mortality following hip fracture: A systematic epidemiological review. *Osteoporosis International*, 20(10), 1633-1650. doi:10.1007/s00198-009-0920-3
- Abreu, E. P., & Ramos, S. I. V. (2007). *O regresso a casa do doente vertebro-medular: O papel do cuidador informal*. Consultado em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>
- Abreu, W. C. (2010). *Transições e contextos multiculturais* (2.<sup>a</sup> ed). Coimbra: Formasau.
- Alarcón, T. A., & González-Montalvo, J. I. (2004). Fractura osteoporótica de cadera: Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *Anales de Medicina Interna*, 21(2), 87-96.
- Almeida, S. M. (2010). *Lições de vida: Como transformar as dificuldades em oportunidades*. Alfragide: Livros d'Hoje.
- Alves, S., Pina, M., & Barbosa, M. (2007). Epidemiologia das fraturas do fémur em Portugal: Fraturas do colo do fémur versus fraturas de outras localizações não especificadas do fémur. *Arquivos de Medicina*, 21, 77-81.
- Amaral, M. (2004). Dilthey: Conceito de vivência e os limites da compreensão nas ciências do espírito. *Trans/Form/Ação*, 27(2), 51-73.
- Andrade, L. T. (2007). *Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K. D. R. P., Soares, D. M., & Chianca, T. C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.

- Araújo, R. M. C. (2014). *Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em cuidados continuados: O olhar do educador social* (Trabalho de projeto). Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Assunção, J. H., Fernandes, T. L., Santos, A. L. G., Sakaki, M. H., & Zumiotti, A. V. (2009). Fatores preditivos para marcha na fratura transtrocanteriana do fêmur. *Acta Ortopédica Brasileira, 17*(1), 35-39.
- Augusto, B. (2009). Entrevista à enfermeira Berta Augusto: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Sinais Vitais, 86*, 11-15.
- Augusto, B. M. J. (Ed.). (2002). *Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Baía, P. (2010). *Doente com AVC: Dificuldades da família* (Projeto de graduação). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Baixinho, C. R. S. L. (2008). Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur: Revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência, 8*, 79-86.
- Baixinho, C. R. S. L. (2009). Por uma lógica de cuidados em ortotraumatologia que promova o regresso a casa. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 14*.
- Barbosa, S. C. A. (2013). *Fraturas da extremidade proximal do fémur nos idosos: Artigo de revisão* (Trabalho final). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Basto, M. L. (2014). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem, 13*(2), 11-18.
- Bastos, A., Quesado, A., Padilha, J. M., Ferreira, L. M., & Kraus, T. (2005). Áreas de intervenção dos enfermeiros, na adaptação da pessoa à situação de doença. *Sinais Vitais, 60*, 49-54.
- Bellelli, G., Frisoni, G. B., Turco, R., & Trabucchi, M. (2008). Depressive symptoms combined with dementia affect 12-months survival in elderly patients after rehabilitation post-hip fracture surgery. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(10), 1073-1077. doi:10.1002/gps.2035
- Berg, W. P., Alessio, H. M., Mills, E. M., & Tong, C. (1997). Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age and Ageing, 26*(4), 261-268.

- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borgneth, L. (2004). Considerações sobre o processo de reabilitação. *Acta Fisiátrica*, 11(2), 55-59.
- Bowen, B. (2007). Cirurgia ortopédica. In J. C. Rothrock, *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13.<sup>a</sup> ed.) (pp. 747-752). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Branco, J. C., Felicíssimo, P., & Monteiro, J. (2009). A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: Uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 475-485.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2009). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11.<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P.-E., & Santos, E. K. A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(Esp.), 152-157.
- Buksman, S., Vilela, A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S., & Santos, V. H. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Consultado em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
- Cabete, D. G. (2004). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.

- Câmara, P. M. F. (2011). *Atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.
- Carneiro, M. B., Alves, D. P. L., & Mercadante, M. T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos: Revisão da literatura. *Acta Ortopédica Brasileira*, 21(3), 175-178.
- Cebeci, F., & Celik, S. S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 412-420. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01952.x
- Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Cerveira, J. A. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: Determinantes sociodemográficas e clínicas* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Cesar, A. M., & Santos, B. R. L. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 647-652.
- Chick, N., & Meleis, A. (2010). Transitions: A nursing concept. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-38). New York: Springer.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S., & Colantónio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, 33, 1016-1021.
- Código deontológico do enfermeiro (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). (2009). Consultado em <https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Damaia: Printipo.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, J. D. (2004). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Salamandra.

- Costa, J. A., Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., Varino, C., Lucas, R., ... Araújo, D. (2009). Mortality and functional impairment after hip fracture: A prospective study in a Portuguese population. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 618-626.
- Couto, G. M. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens* (3.ª ed.). Porto Alegre: Penso.
- Cruz, A. G., Oliveira, L. M. N., & Conceição, V. C. (Eds.). (2009). *Enfermagem em ortotraumatologia* (2.ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Cruz, D. A., Pimenta, C. A., Kurita, G. P., & Oliveira, A. C. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: Responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), 5-14.
- Cruz, M. (2009). Why do we close our eyes while the world is falling? A study on proximal femur osteoporotic fractures in a Portuguese population. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 370-377.
- Cummings, S. R., & Melton, L. J. (2002). Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet*, 359(9319), 1761-1767. doi:10.1016/S0140-6736(02)08657-9
- Cunha, A., Cardoso, L. O., & Oliveira, V. C. T. F. (2005). Autocuidado: Teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais*, 61, 36-40.
- Cunha, E. L. (2008). *Enfermagem em ortopedia*. Lisboa: Lidel.
- Decreto-Lei n.º 100/2006: Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, Série I - A 109* (2006, junho 6), 3856-3865.
- Dennison, E., Mohamed, M. A., & Cooper, C. (2006). Epidemiology of osteoporosis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 32(4), 617-629. doi:10.1016/j.rdc.2006.08.003
- Dias, A. A. (1998). Epidemiologia da osteoporose. In M. V. Queirós, *Osteoporose* (pp. 24-39). Lisboa: Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: Recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa: DGS.

- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: DGS
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Circular informativa: Orientação técnica sobre suplemento de cálcio e vitamina D em pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: An analysis of patient's carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., ... Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), 100-143. doi:10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x
- Fabrício, S. C. C., Rodrigues R. A. P., & Junior, M. L. C. (2004). Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 93-99.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em reabilitação: Ampliando os horizontes, legitimando os saberes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 128-133.
- Felicíssimo, P., & Branco, J. (2017). Percurso clínico e programa de alta nos doentes com fratura da extremidade proximal do fémur. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 25(4), 303-310.

- Fernandes, I. M. R. (2008). *Fenómeno de doença: A experiência dos enfermeiros/profissionais de saúde*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Ferreira, R. J. O. (2006). *Vivências de pessoas submetidas a amputação do membro inferior por etiologia vascular: Uma abordagem fenomenológica* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Filipe, A. R., Afonso, C., & Lima, G. (2007). O utente submetido a artroplastia total da anca: Cuidados de enfermagem. *Sinais Vitais*, 71, 53-56.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gillespie, S. M., & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 307-313. doi:10.1016/j.jamda.2007.04.006
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Givens, J. L., Sanft, T. B., & Marcantonio, E. R. (2008). Functional recovery after hip fracture: The combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment,

- and delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1075-1079. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01711.x
- Glajchen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *Journal of Supportive Oncology*, 2(2), 145-155.
- Gomes, M. J., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163-170). Viseu: PsicoSoma.
- Gomes, R., Mendonça, E. A., & Pontes, M. L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1207-1214.
- Gonçalves, D. M. S. A. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada* (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Gorodetskyi, I. G., Gorodnichenko, A. I., Tursin, P. S., Reshetnyak, V. K., & Uskov, O. N. (2007). Non-invasive interactive neurostimulation in the post-operative recovery of patients with a trochanteric fracture of the femur: A randomised, controlled trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume*, 89(11), 1488-1494.
- Grimmer, K., Dryden, L., Puntumetakul, R., Young, A., Guerin, M., Deenadayalan, Y., & Moss, J. (2006). Incorporating patient concerns into discharge plans: Evaluation of a patient-generated checklist. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(2).
- Guedes, R., Dias, J., Dias, R., Borges, V., Lygia, L., & Rosa, N. (2011). Artroplastia total de quadril em idosos: Impacto na funcionalidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(2), 123-130.
- Gullickson, C. (1993). My deathnearing its future: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experience of persons with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1386-1392.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29(7), 559-566.

- Henriques, F. M. D. (2004). *Paraplegia: Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Hesbeen, W. (2002). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hogstel, M. O., Curry, L. C., & Walker, C. (2006). Caring for older adults: The benefits of informal family caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 55-60.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Ingemarsson, A. H., Frändin, K., Mellström, D., & Möller, M. (2003). Walking ability and activity level after hip fracture in the elderly: A follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(2), 76-83.
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2010). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- International Council of Nurses. (1999). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão beta 2* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2006). *CIPE versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Jacelon, C. S. (2010). Maintaining the balance: Older adults with chronic health problems manage life in the community. *Rehabilitation Nursing*, 35(1), 16-22.

- Jesus, F. J.S. (2017). *Reabilitação na pessoa após fratura da extremidade proximal do fémur*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Jongjit, J., Komsopapong, L., Songjakkaew, P., & Kongsakon, R. (2003). Health-related quality of life after hip fracture in the elderly community-dwelling. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 34(3), 670-674.
- Jonsen, A. R. (1999). *Ética clínica*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (5.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Manole.
- Lage, L. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Laires, P., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. (2015). Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 40, 223-230.
- Leitão, M. C., & Freitas, J. M. N. F. (2007). *Apoio domiciliário interdisciplinar integrado* (Relatório de pós-graduação). Universidade Atlântica, Funchal.
- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96.
- Lin, P., & Chang, S. (2004). Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 12(1), 72-81.
- Lin, P., & Lu, C. (2005). Hip fracture: Family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 719-726. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01130
- Lopes, M. V. O., Araújo, T. L., & Rodrigues, D. P. (1999). A relação entre os modos adaptativos de Roy e a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(4), 97-104.
- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 5-16.

- Lourenço, C. A., & Mendes, R. M. (2007). O contributo do enfermeiro na reintegração/reabilitação do doente com AVC e família na comunidade. *Ecos de Enfermagem*, 262, 16-24.
- Lourenço, C. A. M., & Mendes, R. M. N. (2010). Traumatismo crânio encefálico: Um trauma familiar. *Sinais Vitais*, 90, 49-59.
- Lourenço, M. C. G. (2015). *A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Um modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Louro, M. C. C. M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Machado, A. M., Braga, A. L. F., Garcia, M. L. B., & Martins, L. C. (2012). Avaliação da qualidade de vida em idosos pósfratura da extremidade proximal do fêmur. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 37(2), 70-75. doi:<https://doi.org/10.7322/abcs.v37i2.35>
- Maciel, A. (2010). Quedas em idosos: Um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(4), 554-557.
- Maciel, E. A. R. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: Estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Maramba, P. J., Richards, S., Myers, A. L., & Larrabee, J. H. (2004). Discharge planning process: Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 123-129.
- Marks, R., Allegrante, J. P., Ronald MacKenzie, C., & Lane, J. M. (2003). Hip fractures among the elderly: Causes, consequences and control. *Ageing Research Reviews*, 2(1), 57-93.
- Marques, G. M. S. (2009). *Cuidados de enfermagem em cuidados continuados: Cada caso é um caso* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

- Marques, R. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: Estudo de alguns fatores. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 95-104.
- Marques, S. (2005). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interacções: Sociedade e as Novas Modernidades*, 9, 130-141.
- Marques-Vieira, C. & Caldas, A. C. (2017). *A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido*, in Cuidados de Reabilitação á pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.
- Martins, J. J., Albuquerque, G. L., Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C., Souza, W. G. A., & Pacheco, W. N. S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 254-262.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 79-92.
- Martins, R., & Mesquita, M. F. P. (2016). Fraturas da extremidade superior do fémur em idosos. *Millenium*, 50, 239-252.
- Martins, R. M. L. (2009). Envelhecimento e multiculturalidade. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O. P. Ribeiro (Eds.). *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar* (pp. 221-226). Loures: Lusociência.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): Reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 17-31.
- Mata, M. A., & Vega-Rodríguez, M. T. (2012). El cuidado no remunerado de mayores dependientes en el nordeste de Portugal. *Prisma Social*, 8, 333-357.
- Matos, J. R. B. (2016). *A influência da espiritualidade nas doenças oncológicas* (Trabalho final). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- McBride, K. L., White, C. L., Sourial, R., & Mayo, N. (2004). Postdischarge nursing interventions for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 4(2), 192-200.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mello, M., & Perracini, M. (2000). Avaliando e adaptando o ambiente doméstico. In Y. Duarte, & M. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 187-199). São Paulo: Atheneu.
- Melo, M. B. M. P. (2011). *Autocuidado em utentes com hemiplegia: Cuidados continuados de convalescença* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Melo, R. M. C., Rua, M. S., & Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 143-151.
- Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 7-16.
- Mendonça, M. C. M. (2017). *Do hospital à comunidade: A problemática das altas precoces na pessoa idosa dependente com fratura da extremidade proximal do fémur* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Menezes, R. L., & Bachion, M. M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1209-1218.
- Menoita, E. C., Sousa L., Pão - Alvo, I. & Marques-Vieira, C. (Ed.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

- Minet, L., Møller, S., Vach, W., Wagner, L., & Henriksen, J. E. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 29-41.
- Ministério da Saúde. (2006). *Manual de planeamento e gestão de altas: Cuidados continuados*. Lisboa.
- Miyamoto, R. G., Kaplan, K. M., Levine, B. R., Egol, K. A., & Zuckerman, J. D. (2008). Surgical management of hip fractures: An evidence-based review of the literature. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 16(10), 596-607.
- Monteiro, O. N. (2008). *O profissional de enfermagem e a questão do autocuidado dos idosos*. Consultado em [http://www.pestalozzi.org.br/asp/artigos\\_zoom.aspx?id=541](http://www.pestalozzi.org.br/asp/artigos_zoom.aspx?id=541)
- Montenegro, S. M. R., & Silva, C. A. B. (2010). Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(2), 161-178.
- Morais, J. P. L. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Mota, L. A. N., Rodrigues, L. F. S. V., & Pereira, I. M. G. (2011). A transição no transplante hepático: Um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 19-26.
- Muniz, C. F., Arnaut, A. C., Yoshida, M., & Trelha, C. S. (2007). Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(2), 33-38.
- Oliveira, B. C., Garanhani, M. L., & Garanhani, M. R. (2011). Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: Necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 43-49.
- Oliveira, D. C., & D'Elboux, M. J. (2012). Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 829-838.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic.

- Olsson, L., Nyström, A. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Admitted with a hip fracture: Patient perceptions of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 853-859. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01635.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em [http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa: CE. Consultado em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC CI% 20-% 20v.FINAL% 20Referencial% 20do% 20Enfermeiro% 20-% 20Abril% 202009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNC%20CI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Guia global: Cidade amiga do idoso*. Genebra: OMS.
- O'Sullivan, S., & Schmitz, T. (2010). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.

- Pais, C. F. (2013). *Intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia/independência no autocuidado após fratura da anca: Uma revisão sistemática da literatura* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pasco, J. A., Sanders, K. M., Hoekstra, F. M., Henry, M. J., Nicholson, G. C., & Kotowicz, M. A. (2005). The human cost of fracture. *Osteoporosis International*, 16(12), 2046-2052. doi: 10.1007/s00198-005-1997-y
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (Eds.). (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pavarini, S., & Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. Duarte, & M. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pedrinelli, A., Garcez-Leme, L. E., & Nobre, R. S. A. (2009). O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 44(2), 96-101.
- Pereira, J. F. S. (2015). *O regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado: Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pereira, R. F. B. (2008). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência: Estudo exploratório em meio hospitalar* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Pereira, S. R. M. (2003). *Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fraturas do fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso* (Tese de doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 709-716.

- Petronilho, F. (2006). *Preparação do regresso a casa: Evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Petronilho, F. (2007). *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 no seu seio um membro dependente no autocuidado: Uma revisão da literatura. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, 43-58.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado, conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Petronilho, F., Machado, M., Almendra, M., & Gago, E. (2012). Transição do adulto para a dependência no autocuidado. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(Supl.), 240.
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, 88, 41-47.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 39-48.
- Petros, R. S. B., Ferreira, P. E. V., & Petros, R. S. B. (2017). Influência das fraturas do fêmur proximal na autonomia e mortalidade dos pacientes idosos submetidos a osteossíntese com haste cefalomedular. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 52(1), 57-62. doi:10.1016/j.rbo.2017.06.011

- Phillips, N. (2011). Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 71-74. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00268
- Pina, M. F., Alves, S. M., Barbosa, M., & Barros, H. (2008). Hip fractures cluster in space: An epidemiological analysis in Portugal. *Osteoporosis International*, 19(12), 1797-1804. doi:10.1007/s00198-008-0623-1
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Grande tratado de enfermagem prática: Clínica e prática hospitalar* (3.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Tempo.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Preto, L., Mendes, E., Novo, A., & Prior, A. (2011). Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos: Eficácia dos protectores da anca. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 4(1), 10-21.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Van Oorsouw, G. G., & Stevens, J. J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9(1), 36-50.
- Queirós, M. V. (1998). *Osteoporose*. Lisboa: Lidel.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: Uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 169-177.
- Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e necessidades de cuidadores informais de idosos dependentes da Beira Interior* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família: Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 195-216.

- Regulamento n.º 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, Série II 35 (2011.02.18), 8658-8659.
- Resnick, B., Orwig, D., Hawkes, W., Shardell, M., Golden, J., Werner, M., ... Magaziner, J. (2007). The relationship between psychosocial state and exercise behavior of older women 2 months after hip fracture. *Rehabilitation Nursing*, 32(4), 139-149.
- Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273.
- Ribeiro, E. A. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência: Olhares e Pesquisa em Saberes Educacionais*, 4(4), 129-148.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis/Livpsic, 2008.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2006). Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: Homens em perspectiva. *Psychologica*, 42, 71-87.
- Robinson, S. (1999). Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1341-1348. doi:0.1046/j.1365-2648.1999.01238
- Rocha, M. A., Azer, H. W., & Nascimento, V. G. (2009). Evolução funcional nas fraturas da extremidade proximal do fêmur. *Acta Ortopédica Brasileira*, 17(1), 17-21.
- Rockwood, L. S. (2007). *Principios e prácticas de reabilitação: Tratado de enfermagem de reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Röder, F., Schwab, M., Aleker, T., Mörike, K., Thon, K.-P., & Klotz, U. (2003). Proximal femur fracture in older patients: Rehabilitation and clinical outcome. *Age and Ageing*, 32, 74-80.
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Rohde, G., Haugeberg, G., Mengshoel, A. M., Moum, T., & Wahl, A. K. (2010). Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures: A case-control study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *11*, 226. doi:10.1186/1471-2474-11-226
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi.
- Rosell, P. A., & Parker, M. J. (2003). Functional outcome after hip fracture: A 1-year prospective outcome study of 275 patients. *Injury*, *34*(7), 529-532.
- Roy, C. (2001). O modelo de adaptação de Roy na investigação da enfermagem. In C. Roy, & H. A. Andrews, *Teoria da enfermagem: O modelo de adaptação de Roy* (pp. 499-514). Lisboa: Instituto Piaget.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. Stamford: Appleton & Lange.
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, *35*(2), 37-41. doi:10.1093/ageing/afl084
- Sá, S. M. P. (2005). *No dia-a-dia... a luta: A família da criança com deficiência física* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica do Salvador.
- Santos, A. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2011). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *13*(2), 361-367. Consultado em [www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a24.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a24.pdf)
- Santos, C. I. (2010). *Os custos das fracturas de etiologia osteoporótica em mulheres: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e lares de 3.ª idade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa.
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology: Biopsychological interactions* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

- Saraiva, D. (2008). Quedas: Indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Seale, G. S., Berges, I.-M., Ottenbacher, K. J., & Ostir, G. V. (2010). Change in positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 33-39. doi:10.1037/a0018744
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010b). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 9-16.
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F., & Castro, J. C. (2012). *Crítérios fundamentais em fraturas e ortopedia* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lidel.
- Serra, M. (2010). O regresso a casa do utente com AVC: Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. *Enformação*, 13, 20-25.
- Shyu, Y. I. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625.
- Sidani, S. (2003). Self-care. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (pp. 65-113). Toronto: Jones and Bartlett.
- Silva, C. N. (2000). *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Anablume.
- Smeltzer, S. C. (2011). Cuidados de enfermagem pré-operatórios. In *Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (12.<sup>a</sup> ed.) (pp. 423-439). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Soares, E. M. C. (2013). *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: Vivenciar uma transição* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Tajeu, G., Delzell, E., Smith, W., Arora, T., Curtis, J., Saag, K., ... Kilgore, M. L. (2013). Death, debility, and destitution following hip fracture. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(3), 346-353.

- Takkinen, S., Suutama, T., & Ruoppila, I. (2001). More meaning by exercising? Physical activity as a predictor of a sense of meaning in life and of self-rated health and functioning in old age. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9(2), 128-141.
- Tapadinhas, M. (2006). Utilização do componente acetabular impactado por pressão com polietileno altamente reticulado na artroplastia total da anca: Estudo preliminar de 116 casos com um seguimento mínimo de 3 anos. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 14(1), 34.
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.ª ed.) (pp. 211-236). Lisboa: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.ª ed.) (pp. 15-34). Lisboa: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Triviños, A. (1994). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Turner, B. J., Fleming, J. M., Ownsworth, T. L., & Cornwell, P. L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. *Disability and Rehabilitation*, 30(16), 1153-1176. doi:10.1080/09638280701532854
- Veríssimo, C. M. F. (2001). *Envelhecer em família: Qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Vieira, C. M., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Viesenteiner, J. L. (2013). Conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: Gênese, significado e receção. *Kriterion*, 54(127), 141-155.

- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., ... Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing, a policy framework*. Geneva: WHO. Consultado em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- World Health Organization. (2012). *Guia para o Dia Mundial da Saúde*. Consultado em <https://afro.who.int/pt/news/guia-para-o-dia-mundial-da-saude-7-de-abril-de-2012>
- Wright, L. M. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença: Ideias para curar*. Coimbra: Ariadne.
- Young, Y., & Resnick, B. (2009). Don't worry, be positive: Improving functional recovery 1 year after hip fracture. *Rehabilitation Nursing*, 34(3), 110-117.
- Zidén, L., Frändin, K., & Kreuter, M. (2008). Home rehabilitation after hip fracture: A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clinical Rehabilitation*, 22(12), 1019-1033. doi:10.1177/0269215508096183
- Zidén, L., Wenestam, C. G., & Hansson-Scherman, M. (2008). A life-breaking event: Early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation*, 22(9), 801-811. doi:10.1177/0269215508090204

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Guião de entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

Nome (código):

Com quem vive:

Género:

Tempo pós-alta:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Estado civil:

Cuidador:

Área de residência:

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade para esta entrevista.

Com este estudo pretendemos conhecer as suas **vivências** após a alta hospitalar, no que diz respeito à **experiência sentida**, os **significados e sentimentos que atribuiu** ao seu processo de reabilitação, de transição para casa e adaptação depois da sua cirurgia.

A **sua participação é muito especial** (e foi escolhida precisamente por esse motivo), pois, vai ajudar-nos a melhorar a nossa visão dos momentos vividos após o regresso a casa, de forma a compreender melhor todo o processo experienciado, e, assim, podermos melhorar todo este processo de transição.

A **confidencialidade** desta entrevista está garantida e os resultados deste estudo serão sempre mantidos no anonimato. Estes dados serão apenas analisados pelas pessoas directamente envolvidas no estudo.

**O seu relato será gravado** e depois de analisado, será destruído e não será utilizado para qualquer outro fim.

A **sua participação é livre e voluntária** e tem o direito a parar a entrevista em qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo ou dano para si. Os resultados deste estudo poderão ser publicados e, caso deseje, terá acesso aos mesmos.

Mais uma vez, agradecemos a sua participação!

### **Questão orientadora da Entrevista**

1. Como foi regressar a casa depois de ser operado?  
Gostávamos de saber um pouco mais dessa vivência que é única para si. Que significados, sentimentos e emoções foram despertados em si na transição para casa? Como experienciou a transição para casa?
2. Que perceção tem do seu percurso de reabilitação?  
Que significados, sentimentos e emoções foram despertados em si?
3. Relate-nos como viveu todo o seu processo de adaptação em casa. Que significados, sentimentos e emoções foram despertados em si?

#### **Encerramento da entrevista**

- **Fazer a síntese final, salientando: pontos - chave da entrevista e aspectos principais.**
- **Gostaria de acrescentar ou corrigir algo ao que foi dito?**
- **Gostaríamos de saber se está disponível para um novo contacto, caso seja necessário.**

**Obrigado pela sua colaboração, pela sua disponibilidade e o tempo que lhe foi tomado!**

**APÊNDICE II**  
**Consentimento informado**

## Consentimento informado

Ana Gracinda O. Lopes de Figueiredo, Estudante do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a participação de Vossa Ex.<sup>a</sup> na sua investigação, a realizar no âmbito da Dissertação intitulada: “*As Vivências da pessoa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur na Transição para Casa*”.

A sua participação consiste em responder a algumas questões orientadoras através de uma entrevista, direcionada ao tema da dissertação e autorizar a gravação utilização do conteúdo na realização do trabalho.

Será garantida a total confidencialidade das informações, que serão codificadas de modo a manter o anonimato e poderá livremente interromper ou anular a participação se assim o desejar.

Declaro que me foi explicado, de forma clara, o estudo em curso, a sua natureza e objetivos, estando consciente dos benefícios e inconvenientes desta participação. Aceito livre e voluntariamente participar na mesma e consinto que a entrevista seja gravada.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017

---

## **APÊNDICE III**

**Matriz resultante da análise,  
organização e categorização das entrevistas  
segundo o método de Giorgi e Sousa**

MATRIZ RESULTANTE DA ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO O MÉTODO DE GIORGI E SOUSA

TEMAS	SUBTEMAS	UNIDADES DE REGISTO
1 – A dependência	<p>Incapacidade funcional</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necessidade de ajuda nas AVD`s</li> <li>▪ Necessidade de ajuda no AC</li> <li>▪ Mobilidade reduzida</li> </ul>	<p><i>E1 - “Não me mexia como antes...parece que ficamos presos, e fica-se mais parado e não se sai dali e mais parado se fica...é uma bola de neve”</i></p> <p><i>E1 - Até para calçar as botas era o cabo dos trabalhos...os movimentos não se fazem igual...e precisamos sempre da ajuda de alguém, estamos sempre dependentes de alguém...</i></p> <p><i>E2 - “Vim para minha casa sentia-me muito inútil e a dar trabalho aos outros e o pior de tudo era as dificuldades de me movimentar...o andar, que ainda não estava bem, levantar-me não conseguia sozinha...tinha que ter muita ajuda ainda...a alta para casa não devia ser assim...”</i></p> <p><i>E2 - “...uma pessoa não está habituada...olhamos á nossa volta e não conseguimos deitar a mão a nada, isso fazia-me confusão...era eu que fazia tudo, passar, cozinhar, limpar, arrumar, estender a roupa...e agora estava presa e sem condições de fazer nada disso...”</i></p> <p><i>E2 - “...nem cuidar de mim própria, quanto mais do resto...”</i></p> <p><i>E2 - “fica-se mais parado e alguém tem que fazer por nós o que já não conseguimos...”</i></p> <p><i>E2 - “...acho que se esquecem que ainda dependemos muito de cuidados na maioria das coisas...ainda precisávamos de ajuda em casa...”</i></p> <p><i>E3 - “...Antes eu fazia tudo sozinha, lavava, passava, cozinha, hoje não faço nada...não dá mais (.....)”</i></p> <p><i>E3 - (...) para a gente se mexer é um problema dos diabos...</i></p>

		<p>E3 - “Se não fosse as ajudas, digo-lhe que não me safava sozinha, não me conseguia desenrascar, já estou velha e cheia de problemas e com a perna partida, tudo fica mais difícil...é custoso!”</p> <p>E4 - “Precisava de ajuda para levantar e tomar banho, vestir, calçar, deitar, andar...onde me punham, ficava, até me poderem ajudar outravez...é frustrante não conseguirmos fazer nada sozinhos...”</p> <p>E4 - “...ficava com fralda...isso era o pior, mas não conseguia ir á casa-de -banho sozinha...era difícil para mim esta situação....”</p> <p>E4 - “...dependente dos outros sem poder sair de casa, é uma sensação de total incapacidade, quando se volta para casa”</p> <p>E5 - “...claro que nunca conseguimos ser autónomas nos primeiros tempos...”</p> <p>E5 - “se queria sair, só acompanhada e tinha que ter alguém que me ajudasse a calçar...sim o calçar era o mais difícil...não conseguia...”</p> <p>E5 - “...não podia levantar-me sozinha [...] tinha que esperar que alguém me trouxesse as coisas.[...] É coisa mais horrível!</p> <p>E6 - “Vim para minha casa sentia-me muito inútil e a dar trabalho aos outros e o pior de tudo era as dificuldades de me movimentar...o andar, que ainda não estava bem, levantar-me não conseguia sozinha...tinha que ter muita ajuda ainda...a alta para casa não devia ser assim...”</p> <p>E6 - “Foi muito complicado para mim aceitar a estar dependente...”</p> <p>E6 - “Preciso da ajuda do andarilho... e preciso que me lavem e me vistam...”</p> <p>E7 - “Precisava de ajuda para levantar e tomar banho”</p>
--	--	--

		<p><i>E7 - “fica-se mais parado e alguém tem que fazer por nós o que já não conseguimos...”</i></p> <p><i>E4 - “A minha filha de manhã quando vem é que me tira da cama...quase sempre... A minha filha é que me dá banho ...Quando estou cansada das pernas tenho de me ir sentar...”</i></p> <p><i>E4 - Vou para a casa de banho, seguro-me e ela dá-me banho...limpa-me, põe-me a fralda e depois veste-me as calças e o pijama...e faz-me comer...”</i></p> <p><i>E4 - “O mais difícil foi a fralda...no início tinha que usar, porque não conseguia ir á casa-de-banho sozinha, então, elas punham-me de manhã depois do banho e tinha que fazer assim. É muito humilhante...para quem não está habituada...Mas aos poucos consegui ir á casa de banho com jeitinho e tem corrido bem.”</i></p> <p><i>E1 - “...significa estar dependente da ajuda de alguém para tudo...até quando veste as calças e calça as meias, é preciso auxílio...”</i></p>
	<p>Compromisso nos processos corporais</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dor</li> <li>▪ Cansaço</li> <li>▪ Falta de força</li> <li>▪ Sensação de peso na perna</li> </ul>	<p><i>E1 - “... tinha muito medo de cair, não me sentia ainda seguro no meu corpo...tinha dor, desequilibrava-me com facilidade e sentia a perna muito pesada e presa...”</i></p> <p><i>E1 - “Não me podia baixar como antes...”</i></p> <p><i>E1 - “cá em casa havia aquele receio de cair...fiquei mais parado e os exercícios...não sei como é...a gente vai deixando de fazer...e a perna prende”</i></p> <p><i>E2 - “... acabava por passar muito tempo sentada e parada, sabe? Depois custava-me mais a andar e a levantar-me. A perna inchou-me muito também e tinha dores...”</i></p>

	<p>E2 - “...quando vim para casa, ainda não me sentia a 100%, sinto que precisava de mais, ainda não tinha muitas forças, mas lá fui andando...”</p> <p>E3 - “...Foi complicado quando vim para casa e olhe que, ainda agora não me sinto a 100%, tonturas, dores e ainda me canso....”</p> <p>E3 - “Não me sentia preparada para a alta, ainda estava tão debilitada”</p> <p>E3 - “...Ando aqui dentro de casa, não tenho dor se andar pouco, mas se estiver muito tempo de pé em cima da perna, aí sim, começa a doer...mas canso-me e já só consigo andar assim aos poucos .”</p> <p>E4 - “mas não me importava de ter ficado por mais algum tempo...para sair mais segura, a andar melhor...com mais força, mas não dá, um dia a gente tem que sair, é mesmo assim...”</p> <p>E4 - “...mas quando eu começo a andar mais um bocado dá-me umas dores nas pernas...começo a ir-me abaixo das pernas...tenho que parar, sinto muita falta de forçar”</p> <p>E5 - “...estava tão limitada fisicamente...”</p> <p>E5 - “...tinha muita dificuldade, parece que a perna não era minha, pesava, doía, estava presa de movimentos, sem força...”</p> <p>E5 - “Sentia dor nas pernas...por isso não podia fazer nada sozinha”</p> <p>E6 - “...mas custava-me muito...sentia-me muito coxa ainda...perna muito pesada”</p> <p>E6 - “- ...era o cansaço, a dor...estava sem forças para aguentar tanto...”</p> <p>E7 - “primeiro, as dores foram difíceis de suportar, o cansaço, muito esforço, estamos ali, muito frágeis e a suportar muita coisa...a sr<sup>a</sup> sabe.”</p>
--	---

		<p><i>E8 - “quando fui para casa, fiquei confinada ao apartamento, sofá e cama e ainda com dificuldade em deslocar-me entre os aposentos...lentificada nos movimentos, sem agilidade...”</i></p> <p><i>E8 - Até hoje ainda ando um pouco embananada. Porque me dói muito as pernas para caminhar [...] ando de canadianas [...] Ainda tenho medo de ficar sem apoio...”</i></p> <p><i>E8 - “Sentia que perdi a força na perna para tentar andar, mesmo com ajuda das canadianas...] Acho que é porque fiquei muito tempo na cama [...].”</i></p> <p><i>E10 - “Quando queremos fazer alguma coisa e as dores não nos deixam, é muito triste”. ..“tinha muitas dores, não conseguia vestir as calças, não conseguia chegar ao pé, nem calçar os sapatos... senti muitas dificuldades...”</i></p>
	<p>Compromisso nos processos psicológicos</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medo</li> <li>▪ tristeza</li> <li>▪ desânimo</li> <li>▪ insegurança</li> <li>▪ incerteza</li> <li>▪ solidão</li> <li>▪ desamparo</li> <li>▪ desespero</li> </ul>	<p><i>E1 - “É uma fase complicada a alta, depois da operação...a alta metenos medo”</i></p> <p><i>E1 - “Comecei a desanimar...pensava que já não saía mais deste estado...”</i></p> <p><i>E2 - “Foi um mau momento voltar para casa...para mim...senti que o mundo ia desabar!”</i></p> <p><i>E3 - “...fiquei desesperada como ia ser em casa devíamos poder ficar mais tempo no hospital, porque lá é diferente do que em casa...temos apoio a toda a hora, não é?”</i></p> <p><i>E3 - “...mas ainda não estava com aquela segurança de ir para casa...”</i></p> <p><i>E3 - “...é um pouco sem sabermos como fazer, porque agora as coisas são diferentes...temos que ter ajuda e temos medo do que nos vai acontecer a seguir...é um receio do desconhecido...”</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ansiedade</li> <li>▪ impotência</li> <li>▪ frustração</li> </ul>	<p><i>E4 - “assusta-nos ficarmos sozinhos depois de uma queda...claro...tinha medo...em pensar em ir para casa e saber que não ia ter o apoio que tinha no hospital...”</i></p> <p><i>E4 - “...tinha medo, em pensar em ir para casa e saber que não tinha o apoio do hospital...”</i></p> <p><i>E4 - ...”depois, o resto do tempo, cá fico, só...com as paredes, á espera que as horas passem depressa...é uma solidão!”</i></p> <p><i>E5 - “...ainda tenho muito medo...medo de cair...sim ...muito medo.”</i></p> <p><i>E4 - “...mas o medo vai connosco...e é um medo que nos atrapalha muito...quando cheguei a casa, parecia que estava paralisada no meu medo...parecia que não ia conseguir fazer nada...”</i></p> <p><i>E5 - “...e isso teve consequências psicológicas muito grandes...quando somos ativos e independentes e de repente nos vemos dependentes de terceiros é horrível.”</i></p> <p><i>E5 - “...Não lidei muito bem com isso...com essa condição de dependência, de ter dor para me mexer, a dificuldade no andar limita-nos tudo o resto...e fui-me abaixo...”</i></p> <p><i>E5 - “...e confesso que se apoderou de mim um certo receio ,medo, pois no hospital, apesar de nos sentirmos deslocados do nosso meio, sempre estamos com a assistência necessária...”</i></p> <p><i>E6 - “eu estava muito em baixo quando me deram alta... tão triste com a minha situação”</i></p>
--	---	--

		<p><i>E6 - "...perguntava-me como é que podia ir para casa naquele estado. Não me estava a ver em casa...só me perguntava o que ia ser de mim?</i></p> <p><i>E6 - "Só chorava, chorava e as enfermeiras queriam animar-me...mas era difícil, era muito desespero, ali estava todo o dia com alguém para ajudar, mas em casa não ia ser assim, e eu sabia que não tinha ajuda como precisava..."</i></p> <p><i>E6 - "andava sempre com muito medo..."</i></p> <p><i>E6 - "Eu sentia-me muito mal de não poder andar e não fazer a lide da casa, sentia-me inútil e chorava[...]"</i></p> <p><i>E8 - "...e mexe com a nossa cabeça, começamos a entrar em depressão, acho mesmo que comecei a deprimir...e a perder a vontade..."</i></p> <p><i>E8 - "assola-nos um medo imenso de não conseguirmos voltar a ser o que éramos antes e começar aqui o nosso declínio..."</i></p> <p><i>E8 - "...foi um grande desgosto que eu tive...ver-me assim de um momento para o outro com esta alteração tão grande...e andei muito desorientada no princípio...mas...lá me fui recuperando desta angústia"</i></p> <p><i>E8 - "tinha aquela insegurança, bem lá no fundo, sabia que não ia ser fácil...regressar a casa, fica-se em desespero com a nossa própria impotência, é muito angustiante"</i></p> <p><i>E10 - "Não existem palavras que possam explicar o que senti". Senti muita tristeza e uma frustração por não estar ao meu alcance...</i></p>
	Dificuldades/barreiras	<p><i>E1 - " Quando se chega a casa é que nos apercebemos dos reais problemas..."</i></p>

	<p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obstáculos á circulação com auxiliar de marcha</li> <li>▪ casa de banho não adaptada às necessidades</li> <li>▪ espaço desadequado</li> </ul>	<p><i>E1 - “Regressar a casa não foi fácil...tudo se torna problemático, as coisas mais simples...como ir á casa de banho...o espaço..., tudo demora mais...”</i></p> <p><i>E1 - E a banheira era difícil...entrar...a minha filha pôs um degrau e segurava-me e devagar, lá conseguia entrar e tinha que me lavar pernas e pés, depois para sair era outra vez com a ajuda dela...</i></p> <p><i>E2 – “Cheguei a casa de ambulância, lembro-me bem desse dia...tenho a escadaria de entrada de casa como viu, portanto, trouxeram-me cá acima de maca. Fiquei sentada no sofá. Olhei á minha volta e pensei como me ia movimentar de andarilho e como ia sair de casa...estava refém da minha perna...é muito difícil.”</i></p> <p><i>E2 – “...tenho a escadaria da entrada da casa, por isso trouxeram-me cá acima de maca, teve de ser...”</i></p> <p><i>E2 - “Em casa não temos as mesmas condições que no hospital (...) o enfermeiro deveria vir a casa ver as condições (...) vir a assistente social ver o que íamos precisar (...) ensinar-nos a fazer as alterações necessárias, antes da pessoa estar em casa (...)”</i></p> <p><i>E2 - “Disseram-me para andar, que era a melhor reabilitação, que era andar, e lá no hospital tínhamos aquele corredor enorme, bom mesmo para andar com o andarilho, mas e em casa, como andar, só se for para cair em três tempos!? Não tenho espaço, não dá, mas ninguém conhece o que temos deste lado, é tudo muito bonito e ensinam, o pior é depois fazer... tudo se complica...”</i></p> <p><i>E2 - “...primeiro que conseguisse sair de casa...por estas escadas...só um mês depois e o meu marido sempre ao meu lado a ajudar...”</i></p>
--	---	---

		<p><i>E4 - “Eu moro no andar de cima, por baixo tenho a loja das arrumações ...para descer ainda vá lá, e com ajuda... o corrimão fica do lado direito, mas para subir é que é pior... e acabo por não sair muito...”</i></p> <p><i>E2 - “é muito difícil adaptarmo-nos e o espaço que temos é para quem se movimenta bem, mas com um andarilho...parece que esbarramos em tudo e as pernas tropeçam...”</i></p> <p><i>E2 - “...o pior mesmo iam ser a escadas...”</i></p> <p><i>E1 - “A casa de banho era tão apertadinha, que as senhoras do apoio davam-me o banho na cama, para ser mais fácil e mais rápido...”</i></p>
	<p>Preocupações</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medo de cair</li> <li>▪ relevância do andar</li> <li>▪ sobrecarga do cuidador</li> </ul>	<p><i>E1 - “preocupa-me se vou voltar a andar sem o andarilho, ainda não o larguei e não vejo a hora...isso é que eu gostava, de andar sozinho, mas ainda não consigo...”</i></p> <p><i>E3 - “O que me preocupa é ter medo que volte a cair e a partir de novo uma perna, e ficar ainda pior.”</i></p> <p><i>E2 - “Preocupo-me muito, já não sou a pessoa que era. Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades. Isto pode repetir, cair outra vez...sabe...mais fraturas nos ossos”.</i></p> <p><i>E2 – não nos aguentamos em pé, está-se presa dos movimentos...é mau não se consegue chegar a nada...da casa...parece que temos que nos agarrar a tudo senão caímos a qualquer momento...e isso impede-nos de fazer tudo...”</i></p>

		<p><i>E1 – “(...)tenho muito medo de cair...voltar a passar pelo mesmo...estou frágil...acabo por ficar mais sentado e parado!”</i></p> <p><i>E1 – “...a gente sente que perde o equilíbrio...qualquer coisa tomba com facilidade...”</i></p> <p><i>E2 - “...O que me preocupa realmente é ficar restabelecida, não digo ficar bem, bem, bem, que sei que não dá, que não volta a ser igual”</i></p> <p><i>E3 – “...a gente quer, mas não pode...o medo de cair, nem nos deixa usar as mãos...”</i></p> <p><i>E4 – “...preocupa-me muito a minha filha...todo o trabalho que lhe dou...penso muito nisso, mas o que hei-de fazer...não tenho outro remédio...enquanto estiver assim...”</i></p> <p><i>E4 - “Tenho uma preocupação grande...que é o andar...queria ficar bem para andar sozinha...sem nada! isso queria...”</i></p> <p><i>E7 - “A minha grande preocupação é o meu marido, que precisa de mim e agora estamos os dois arrumados...”</i></p> <p><i>E5 - “...para além de mim, o que mais me preocupava era eu não estar bem e não poder cuidar da minha neta...”</i></p> <p><i>E9 - “... preocupava-me muito o trabalho que ia dar...pois ia dar algum trabalho á minha irmã...que também já não é nova, apesar de ser 10 anos mais nova do que eu...”</i></p> <p><i>E1 - “preocupa-me se vou voltar a andar sem o andarilho, ainda não o larguei e não vejo a hora...isso é que eu gostava, de andar sozinho, mas ainda não consigo...”</i></p>
--	--	--

		<p>E6 - “Vai ser difícil pôr-me a andar em condições ...Isso vai ser o mais difícil (...) Se não se não conseguir andar melhor, não sei como vai ser...ainda tenho dificuldade.”;</p> <p>E7 - “A mim só me preocupa em poder mexer-me e andar (...) Tenho receio de não poder andar.”</p>
<p>2 - Percurso de readaptação á mudança</p> <p>E3 - “Tudo muda, tudo se transforma, não é o que se diz? Aqui é igual, o corpo envelhece, quebra-se e transforma-se...e temos que passar a viver com isso...é irremediável, e perante isto, não podemos querer viver da mesma forma...é a lei da vida...”</p>	<p>Aprendizagem de Estratégias adaptativas</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ensino de técnicas</li> <li>▪ facilitação do autocuidado</li> </ul>	<p>E1 - “que me ensinaram a andar, como fazer, diziam-me sempre: andarilho, pé doente, pé bom. E assim aprendi! Para conseguir andar”</p> <p>E1 - “até me deram um folheto com os cuidados que devia seguir em casa...para conseguir fazer as coisas, foi bom”.</p> <p>E1 - “como tinha banheira, a sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> disse para colocar uma tábua, e assim, de facto, é como consigo entrar para a banheira, depois a minha esposa ajuda-me com as pernas e já dá...”</p> <p>E2 - “...Foram-me ensinadas algumas técnicas que me ajudaram a ultrapassar alguns problemas...”</p> <p>E3 - “Ajudaram-me a enfrentar as dificuldades e a ultrapassá-las...”</p> <p>E3 – “...também me informaram a respeito da respiração, da ginástica que devo fazer, a utilizar melhor as bombinhas, foi isso, para me cansar menos...”</p> <p>E3 - “...Ensinaram-me a andar com andarilho e depois passei para as canadianas, foi bom...mas por exemplo, não fui ás escadas antes de ter alta e então, em casa não sabia bem como fazer, nem explicaram nada á minha família, tinha pavor da minha escadaria e também não tinha</p>

		<p><i>treinado nada disto... o que me valeu foi conhecer uma Enfermeira daqui da terra, que lá me explicou como devia fazer... ”</i></p> <p><i>E5 - “ Ensinaram-me mecanismos para poder fazer coisas que eu pensava não voltar a fazer, o Enfº de Reabilitação ensinou-me estratégias importantes para vestir e calçar”</i></p> <p><i>E7 - “O ter que aprender várias técnicas, é muita coisa para uma cabeça já cansada...mas acho que consegui encaixar as coisas mais importantes”</i></p> <p><i>E8 - “...com os ensinamentos que me deram, era mais fácil fazer coisas sozinha, sim...o levantar por aqueles passos, facilitava muito...”</i></p> <p><i>E10 - “ cá em casa utilizo aquelas técnicas para conseguir lavar os pés sem me baixar, que não consigo...e uso a escova de cabo também para conseguir chegar...”</i></p>
	<p>Preparação do familiar cuidador</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ utilidade do ensino</li> <li>▪ importância da aprendizagem para cuidar</li> <li>▪ falta informação escrita</li> </ul>	<p><i>E1 – “A minha filha foi chamada, para aprender a fazer os cuidados em casa, mas foi tudo a correr, e ela ficou a perceber pouco...tinha muito medo de me mexer na perna e estragar o que estava feito...”</i></p> <p><i>E2 – “...o meu apoio foi dele, mas sem saber como fazer...torna-se difícil...”</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ preparação insuficiente</li></ul>	<p><i>E3 – “tenho uma amiga...uma senhora minha vizinha...ela falou com a enfermeiras, que lhe ensinaram algumas coisas para me poder ajudar, e estou a contar com essa ajuda desde que vim...”</i></p> <p><i>E4 - ... ela falou com as enfermeiras que lhe ensinaram algumas coisas...</i></p> <p><i>E4 - “... a enfermeira até me pediu para ver se a minha filha podia vir mais cedo para falar com ela...depois quiseram que ela visse que eu ia andar com o andarilho...”</i></p> <p><i>E4 - “Achei muito boa esta preparação que fizeram, assim fomos para casa mais esclarecidos dos cuidados a ter, eu e a minha filha”</i></p> <p><i>E4 - “...Os enfermeiros fizeram tudo para que a minha filha estivesse aqui para que pudesse ajudar-me em casa...senti que estavam a ter cuidado em preparar a minha saída.”</i></p> <p><i>E10 - “Antes de ir para casa, ensinaram a minha família como levantar da cama, como andar e como colocar a perna com as almofadas...”</i></p> <p><i>E7 - “Foi útil terem chamado a minha filha para aprender a cuidar de mim em casa...senão ia ser complicado!”</i></p> <p><i>E8 - “Antes de ir para casa, o meu marido esteve duas vezes a receber instruções com os Enfermeiros, para saber como me ajudar em casa, claro...”</i></p>
--	---	--

		<p><i>Fomos para casa sem explicações de nada...fica-se entregue á sorte... tinha o meu marido, mas ele não sabia como fazer, os movimentos, até para me ajudar a levantar, eu tinha que o orientar para ele me segurar a perna...era tudo uma complicação, não há apoios para isso...”</i></p>
	<p>Cuidados de enfermagem de Reabilitação</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dedicação</li> <li>▪ sacrifício</li> <li>▪ sentido da recuperação</li> <li>▪ satisfação</li> </ul>	<p>E1 - “A reabilitação correu bem...até foi o mais positivo e a melhor ajuda...”</p> <p><i>E1 - “...Os cuidados aqui prestados são de pessoas com muita competência....”;</i></p> <p>E1 - “Tive boas enfermeiras terapeutas, que me faziam exercícios á perna...”</p> <p>E1 - “Admiro muito o trabalho que têm connosco...têm paciência, preocupam-se que a gente saiba os cuidados a ter”</p> <p>E2 - “E aqueles exercícios fizeram-me muito bem, senti-me a ganhar forças, a ficar com a perna menos pesada. Ajudou-me muito tudo o que me fizeram e ensinaram. Sem isso, acho que nunca mais andava”</p> <p>E3 – “Tínhamos aquela ginástica, que ajuda ...e muito, mas depois perde-se e faz falta...”</p> <p>E4 - “ Ai, se não fossem os da reabilitação ficava numa cama para sempre.”</p> <p>E2 - “A reabilitação significou poder voltar a andar...foi isso...foi uma grande ajuda”</p> <p>E2 - ”...era o que me animava, o que me dava alento...sabe...às vezes ficamos ali...deitados...e temos que urinar na fralda...mas quando vinham os da reabilitação, não...era logo levantar, ir á casa de</p>

		<p>banho...fazemos tudo por nós, era mesmo fazer-nos recuperar...mas são poucos, e nem todos são assim...sabe?</p> <p>E2 - "...Diziam-me sempre para continuar em casa, que tinha que exercitar, que não podia parar, etc..."</p> <p>E2 - "...tudo isso me ajudou, pelo menos naqueles primeiros dias depois da operação...ai se não fossem esses cuidados todos, de mexer, de levantar, de pôr de pé, de andar, ficava completamente emperrada.</p> <p>E3 - "...ajudaram-me, comecei com aquela ginástica. Ai a ginástica era muito boa...sabia bem...ajudou-me muito e graças a isso, consegui voltar a andar! Eram umas queridas as Enfermeiras reabilitadoras...muito competentes e preocupadas, que a gente recuperasse. Sempre me disseram que eu ia andar ... e assim foi..."</p> <p>E3 - "...Mas a Enfª "terapêutica" tinha aquela paciência, aquelas palavras que ajudam mesmo...e os sorrisos valem muito para quem está doente..."</p> <p><i>E3 - "a perna parecia pesar 100kilos, e arrastamos o pé... e depois vem aquele cansaço, que as pernas tremem...é penoso, sim"</i></p> <p><i>E4 - "A reabilitação foi boa, mas custava...o problema maior é que eu já tinha outros problemas nos meus joelhos e pioraram com isto tudo..."</i></p> <p>E3 - "A enfermeira fez-me ver que tenho de acabar com certas coisas, fez-me ver isso, e falou-me dos exercícios que devia continuar, o andar e outras coisas."</p> <p><i>E5 - "A reabilitação correu bem...foi positiva para mim...fiquei a andar, portanto, não foi nada mau..."</i></p>
--	--	--

		<p><i>E5 - “mas reabilitação foi sem dúvida o que me ajudou a ultrapassar as dificuldades”. (...) “As coisas que me ensinaram foram importantes a ultrapassar os problemas que encontramos” ajudou-me muito e tem-me feito sentir muito bem”.</i></p> <p><i>E8 - “Logo desde cedo, que começaram a fazer-me exercícios de mobilização da minha perna, ensinaram-me até alguns que eu poderia fazer sozinha na cama e sentada para recuperar a força dos músculos.”</i></p> <p><i>E9 - “...levavam-nos a conseguir melhorar, queriam ver-nos bem...tenho muito a agradecer-lhes, e nem que viva até aos cem...também já não me faltam muitos...não lhes pagaria tudo o que fizeram por mim. Graças a eles não fiquei o resto dos meus dias numa cama!”</i></p> <p><i>E9 - “...tive dificuldade em ficar de pé, ia-me abaixo das pernas...foi difícil...então puseram-me nas barras e na barra da cama a tentar manter-me em pé...às vezes eram os dois a segurar-me um de cada lado...admiro essa coragem e dedicação...em vez disso podiam ter desistido...”</i></p>
	<p>Alteração Condições habitacionais</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ boas condições habitacionais</li> </ul>	<p><i>E2 - “Tive que improvisar um quarto no andar de baixo, para não andar nas escadas...foi uma fase difícil”</i></p> <p><i>E2 - “Disseram-me do levantar pelo lado bom, mas e a cama, e mudá-la? Como? falar é muito fácil, mas o pior é o resto.”</i></p> <p><i>E2 - “Há pouco tempo mandámos pôr poliban...graças a Deus, mudámos a tempo, é muito mais fácil para o banho.”</i></p> <p><i>E3 - “...a minha cama era muito alta, e para eu conseguir entrar e sair, tive que pedir ajuda aos vizinhos e trocaram-na por outra mais baixinha e agora é mais fácil.”</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adaptação casa de banho</li> <li>▪ gestão do espaço</li> <li>▪ alteração da disposição do mobiliário</li> </ul>	<p><i>E6 - “Tinha banheira na casa de banho, mas o meu sobrinho tratou de retirar e colocou poliban, que foi uma boa coisa para mim, senão o banho era impossível.”</i></p> <p><i>E7 - “Na casa de banho, para me sentar na sanita, tinha muita dificuldade, pois o andarilho não cabia e precisava de me segurar, então, o meu filho tratou de pregar uma barra na parede, que foi uma boa ajuda, para ter onde me agarrar.”</i></p> <p><i>E6 - “...as mobílias estavam a ser uma dificuldade...tiram espaço...tivemos que fazer bastantes mudanças para eu poder circular melhor com o andarilho.”</i></p> <p><i>E7 - “Tinha a minha casa cheia de tapetes e carpetes...tivemos que tirar tudo, para evitar cair outra vez...foi uma trabalhadeira...”</i></p>
	<p>A família como centro do apoio</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cuidar</li> <li>▪ apoio emocional</li> <li>▪ fortalecimento das relações</li> <li>▪ problemas relacionais</li> </ul>	<p><i>E1 - “O meu apoio e único apoio foi a minha esposa, que pouco ou nada pode e a minha filha”</i></p> <p><i>E1 - “a minha filha ajudou como foi possível, e com muita dificuldade, porque ela...claro, tinha a sua vida”</i></p> <p><i>E1 - “Sem dúvida que a minha mulher foi muito importante, sem ela não sei se teria ultrapassado como ultrapassei”.</i></p> <p><i>E4 - “...A minha filha de manhã quando vem é que me tira da cama...quase sempre... A minha filha é que me dá banho ... e veste.me...”</i></p> <p><i>E2 - “Nas minhas coisas, o meu marido ajudou-me sempre...a levantar e deitar, o banho, até a andar, ia comigo e deitava-me a mão quando era preciso”</i></p>

		<p>E2 - "... tinha o meu marido, mas ele não sabia como fazer, os movimentos, até para me ajudar a levantar, eu tinha que o orientar para ele me segurar a perna... não há apoios para isso..."</p> <p>E4 - "... graças a Deus tinha a minha filha, que é uma jóia e que se desdobra para me poder dar assistência..."</p> <p>E5 - "O meu apoio foi a minha família, mais especificamente a minha filha"</p> <p>E5 - "A ajuda da minha família que sempre foi incansável para que eu me sentisse bem foi sem dúvida a melhor ajuda que alguém pode ter, são sem dúvida os nossos familiares que nos dão força. Até o dia de hoje tenho de agradecer a todos".</p> <p>E6 - "...Tive muitos apoios, sim... acho que tive muita sorte, desde a minha família, principalmente o meu sobrinho..."</p> <p>E6 - "O meu sobrinho foi incansável, coitadinho, ajudou tudo o que pôde e fez tudo para que não nos faltasse nada."</p> <p>E7 - "Tive apoio dos meus filhos, isso tive, tanto de um como da outra... apoiaram-nos e continuam, mas eu sei que é muito complicado para eles"</p> <p>E7 - "Também ainda tenho o meu marido, claro, que apesar de velho e doente como eu, somos a companhia um do outro."</p> <p>E8 - "... Apesar de tudo, senti-me sempre amparada, pelo meu marido, que também me ajudava"</p> <p>E9 - com a ajuda da minha irmã... lá nos havíamos de desenrascar... sempre nos habituámos a fazer um pelo outro, foi a educação que nos deram... os nossos pais... e sempre nos</p>
--	--	--

		<p>entendemos...nenhum de nós casou, não calhou e cá nos fomos aturando...ela é o apoio que tenho e eu o dela”</p> <p><i>E10 - “Na questão de família tive muito apoio e incentivo para seguir para a frente”. (...) “A minha mulher e o meu filho foram um grande apoio, ajudaram-me sempre quando eu precisei principalmente nos momentos que me ia mais a baixo”.</i></p> <p><i>E7 - “... melhorámos a relação em família. Filhos já lá iam, agora vão mais. Também sou amiga deles...a minha vida familiar será melhor. Tenho uma filha com 37 anos e há uns tempos que estava mais afastada, agora depois disto houve aproximação....”</i></p>
	<p>A crença religiosa</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fé em Deus</li> <li>▪ proteção divina</li> </ul>	<p><i>E1 - “...e rezando para que tudo corresse bem....”</i></p> <p><i>E2 - “Deus ajuda-me sempre.”</i></p> <p><i>E3 - “Estamos com Deus...tudo há-de correr bem, se Deus quiser. Esta cirurgia que fiz foi uma benção de Deus, voltei a andar depois da perna partida, Ele ajuda-me.”</i></p> <p><i>E4 - “Ás vezes a gente esmorece...com isto tudo...Ai...mas nesses momentos, eu agarrei-me a Deus e é quem me ajuda a superar tudo... rezei muito a Deus no hospital, para eu ir prá minha casa, ficar bem... [...] E Deus escutou os meus pedidos [...] e eu fui melhorando um pouco..., sai do hospital e fui cuidada por eles em casa [...]Eu tive fé em Deus que ia ficar boa sabe [...]”</i></p> <p><i>E6 - Eu rezei sempre muito á nossa senhora, sou muito crente e sinto-me amparada por Ela...sim...ajuda-me a melhorar...”</i></p>

		<p><i>E7 - “Para mim, esta fratura foi uma dádiva do senhor, sabe...aproximou a minha filha, ficámos outra vez mais juntos, mais próximos e esvaneceram-se as desavenças que existiam com o pai...pois, ela era cá precisa e tudo se compôs. Foi por Deus, isto acontecer!”</i></p>
	<p>Apoios externos</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ apoio amigos e vizinhos</li> <li>▪ apoio social</li> <li>▪ falta de apoios</li> <li>▪ cuidados saúde primários</li> <li>▪ serviços domésticos</li> <li>▪ serviços privados reabilitação</li> <li>▪ situação financeira</li> <li>▪ apoio ECCI</li> </ul>	<p>E1 - “...a minha filha viu que realmente não dava para estar sozinho com a minha esposa e arranjou um apoio do centro para lá ir para o banho, que era o mais difícil</p> <p>E2 - “tivemos que nos desenrascar com uma mulher a dias...e para o trabalho de casa foi uma grande ajuda.”</p> <p>E2 - “...uma mulher a dias que contratámos, como já disse, para a lide da casa, que eu não conseguiria de forma nenhuma fazer!”</p> <p>E2 - “...Depois tive claro o centro de saúde, que vêm a casa e tiraram-me os pontos, mas foi só isso, não fazem mais nada...mas é pena, devíamos ter mais apoio desta área...”</p> <p>E3 - “...tenho uma amiga, uma senhora minha vizinha...Ela é extraordinária... já me veio cá ver várias vezes e também me acompanhou nos primeiros dias...”</p> <p>E3 - “...a assistente social, também me tratou de um apoio ... foi as senhoras do apoio domiciliário do centro aqui perto, que passaram a vir cá e tratam da roupa, limpeza, e trazem a comida. Ajudam-me no banho também...”</p> <p><i>E6 - “...Sinto-me acompanhada... as minhas amigas estão ali todas...Sabe aquelas que cá estiveram no outro dia... no dia em que eu fiz anos...são umas grandes amigas...”</i></p>

		<p>E5 - “O nosso país infelizmente não tem muito para oferecer pois não tive direito a mais nada...redes de apoio não vi nada disso...os cuidados continuados não tinha critério”</p> <p><i>E6 - “nunca me senti sozinha ou desamparada, mas claro...porque tenho possibilidades para pagar os serviços, senão, teria sido difícil com certeza...”</i></p> <p>E6 - “A minha sorte, foi continuar a ter a reabilitadora em casa...consegui continuar a recuperar, pois treinava na mesma”</p> <p>E6 - “O apoio da reabilitação cá em casa foi muito bom, porque no nosso meio é diferente...andamos no nosso espaço e a enfermeira vai sugerindo isto e aquilo, é uma boa ajuda, não só para o andar, mas também para aquelas coisa que não nos passam pela cabeça...sugestões que nos ajudam...alteração das mobílias, os tapetes, gostei muito desta forma de trabalhar com o doente em casa, foi ótimo para mim, senão acho que perdia o andar.”</p> <p>E6 - “...até ao apoio domiciliário, até ao apoio do centro de saúde, não me faltou nada...”</p> <p>E6 - “Fiquei com uma senhora cá em casa do apoio domiciliário particular, uma senhora que vem a casa fazer-me as coisas da casa e ajudar na alimentação e no que for preciso...”</p> <p>E6 - “a enfermeira do centro de saúde ía lá a casa para me ajudar com o treino ...para continuar a desenvolver o andar...”</p> <p><i>E2 - “A Enfª do centro de saúde vinha, mas só para fazer o penso, mais nada...às vezes fazia questões, mas elas tinham sempre pressa...”</i></p>
--	--	--

		<p><i>E3 – “ ...veio cá a Enfª do centro de saúde tirar os pontos...tudo a correr, nem me disse quando voltava ou se voltava...e não veio mais...”</i></p> <p><i>E6 - “A minha irmã, é muito minha amiga...também vai lá fazer-me companhia...sim eu tenho pessoas muito minhas amigas, mesmo ao pé donde eu moro ...são um grande apoio e sinto-me acompanhada...”</i></p> <p><i>E7 - “Era bom que pudessem existir mais apoios sociais, eu sei que temos o centro de dia e que dá apoio em casa, mas paga-se e por isso, os meus filhos orientaram-se entre eles, para ver se não era preciso gastar mais...os medicamentos já nos levam muito...não é fácil viver com pouco de reforma!”</i></p> <p><i>E8 - “...e porque já tinha uma empregada, ela foi fundamental nesta fase...”</i></p> <p><i>E8 - “procurei fisioterapia a título particular, e aí sim, senti diferenças...foi mais intensidade. Mas eu tive condições para o fazer, financeiras, não é?”</i></p> <p><i>E8 - “Acho que devia haver mais apoio para quem sai do hospital...mas não é assim, ficamos entregues a nós próprios e aos nossos...”</i></p> <p><i>E9 – “Falaram-me de outros apoios que iam lá a casa, a doutora assistente social foi lá para falar comigo sobre isso, mas eu não quis...não confio muito nesses apoios...se calhar fiz mal...mas pronto, não estou habituado...queria ser eu a fazer as minhas coisas e pronto...”</i></p>
3 - Adaptação	Alteração de hábitos e papéis  <u>Constituintes-chave:</u>	<p><i>E1 - “durante o internamento não se toma muita consciência do que nos espera...de tudo o que temos que alterar na vida...”</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ isolamento no domicílio</li> <li>▪ interrupção do papel familiar</li> <li>▪ interrupção do papel terapêutico</li> <li>▪ interrupção do papel de dona de casa</li> </ul>	<p><i>E1 - “já não podemos fazer nada do mesmo modo...”</i></p> <p><i>E1 - “não podia ir ao quintal, não me podia baixar, não podia andar com a mesma facilidade E1 – “...eu fazia algumas coisas de agricultura...sabe como é...temos o quintal e as coisas dão trabalho, mas tive que deixar de fazer...perdeu-se tudo.”</i></p> <p><i>E2 – Cuidar da casa, já não dava...não poderemos fazer as nossas coisinhas...á nossa maneira...é uma tristeza muito grande...um braço faz muita falta, mas uma perna faz mais ainda...”</i></p> <p><i>E3 - “A minha vida mudou tudo, desde a minha higiene diária a fazer as necessidades...o mexer-me, o ir á sanita, tudo</i></p> <p><i>E3 - “Tem sido uma vida mais solitária e isolada, não saio, só fico dentro de casa, tenho muito medo de cair mais uma vez, só vou até á janela...é de onde eu vejo o mundo lá fora....mas tenho pena...porque antes ainda passeava...”</i></p> <p><i>E5 - “...era eu o grande apoio da minha filha e deixei de o ser para passar a ser mais uma sobrecarga de trabalho para ela....”</i></p> <p><i>E5 - “...depois tinha que andar sempre com as canadianas...era um entrave...tinha que ser tudo mais lento...sair de casa era uma aventura e eu que gostava tanto de ir passear e fazer programas com as minhas amigas...sempre me habituei a sair... e agora tudo isso era impossível”</i></p> <p><i>E5 - “há coisas que nunca mais fazermos, custa-me baixar, nuca mais me consegui sentar no chão com a minha neta, e fazer com ela as</i></p>
--	--	--

		<p><i>brincadeiras que fazíamos antes, deixei de ter a minha agilidade habitual.”</i></p> <p><i>E6 - “O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno... o que eu era!...deitava a mão a tudo!... trabalhei muito...sempre toda a vida...agora não dá para fazer nem a lida da casa”</i></p> <p><i>E7 - “Quando sai do hospital tive que ficar na casa de um filho. [...] mas era bem difícil para mim, porque a minha nora não ajudava de bom grado. [...] Não tinha paciência comigo. [...] Só reclamava de eu estar ali e eu não me sentia bem, mas quando precisamos, temos que nos sujeitar...”</i></p> <p><i>E7 - “passado uma semana voltei para minha casa...mas não se volta a ter a mesma vida...de fazer tudo... perde-se a liberdade de sair de casa, com o medo de cair, porque o piso não é como o de casa e as coisas da casa também não se fazem.”</i></p> <p><i>E7 - “Também deixei de sair. Saía, ia às compras á loja da esquina e agora não me sinto nem com coragem, nem com força, nem com vontade”</i></p> <p><i>E7 - “Tinha as minhas flores aqui no jardim e também não posso cuidar delas...isso deixa-me saudade e tristeza, mas a idade não perdoa e uma fratura não é brincadeira...não quero ter outra...”</i></p> <p><i>E8 - “O meu regresso a casa depois da cirurgia e do internamento foi uma mudança na minha vida, eu era uma pessoa muito ativa, de sair,</i></p>
--	--	---

		<p><i>passar, ir ao café, ir ao cinema, ir às compras, fazia a minha hidroginástica...sempre de um lado para o outro.”</i></p> <p><i>E4 - “... perde-se a liberdade de sair de casa, com o medo de cair, porque o piso não é como o de casa...é irregular, altos e baixos, subidas e descidas, buracos a torto e a direito...na da está feito para quem não se mexe bem”</i></p> <p><i>E8 - “...todas as nossas rotinas se alteram...deixamos de ter a nossa vida social habitual...sentia-me enclausurada em casa”</i></p> <p><i>E10 - “Este problema vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer. Primeiro porque gostava de passear, ir ao café, estar com os meus amigos e agora não vou (...) Poderei ir com outros a me levarem, mas já não é igual, não é a mesma coisa.”</i></p> <p><i>E6 - “Ia todos os domingos, quando podia à missinha. Ainda hoje pensei: é hora da missa e se pudesse, ia, mas assim não posso ir. Talvez depois.”</i></p> <p><i>E7 - “Mas fiquei limitada para tudo o resto...sabe as coisas da casa, já não consigo, virava-me logo de cangalhas e canso-me muito....acho que isso já não vai mudar, já não é coisa para eu fazer...”</i></p> <p><i>E2 - “Eu fazia 45 minutos de caminhadas, agora não consigo. Mas tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para voltar.”</i></p> <p><i>E7 - “...o meu marido não se orienta com as coisas da casa, ele foi operado à anca, não sabe das lidas da casa, não tem força nem jeito, eu é que fazia.”</i></p>
--	--	---

		<p><i>E7 - “O que mais me aflige é o meu homem, ele precisar de mim e eu não estar à beira dele. Ele também já tem problemas, é doente..., precisa muito da minha ajuda (...) O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.”</i></p> <p><i>E7 - “Difícil vai ser cuidar do meu marido.”.</i></p> <p><i>E9 - “...também já não saía de casa antes, mas ainda conseguia descer e subir e sentava-me cá fora á entrada no banquinho...agora nem me atrevo...não dá ...é mudança para mim...nos hábitos...mas vai-me custar isso...”</i></p> <p><i>E10 - “...o pior de tudo foi ter que deixar o meu quintal...não podia fazer nada do que fazia antes...estava inválido...”</i></p>
	<p>Nova condição de vida</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consciencialização</li> <li>▪ esperança na reconstrução da vida social</li> <li>▪ incerteza na reconstrução da vida social</li> <li>▪ inexistência de projetos futuros</li> </ul>	<p><i>E1 - “tive que me mentalizar e seguir em frente, com algumas dificuldades, talvez não desabafasse com as pessoas certas coisas...guardava para mim, mas estava a interiorizar...”.</i></p> <p><i>E2 - “...acho que é uma nova fase na vida...da idade...de tudo...é o tempo de parar com certas coisas...”</i></p> <p><i>E2 - “Eu já me capacitei que não vou poder andar como dantes e se eu puder andar com uma bengala ou canadiana, para mim será muito importante para poder passear...”;</i></p> <p><i>E3 - ...temos que aceitar e viver com isso.”</i></p> <p><i>E 4 - “Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.”</i></p>

		<p>E5 - "...a minha condição não era a mesma, era voltar ao meu mundo, mas com a vida ao contrário...viver uma realidade diferente..."</p> <p>E5 - "Sente-se saudades de como éramos antes de tudo isto...mas agora é assim, podia ser ainda pior, não é?...temos que esperar e aceitar...nada é como dantes..."</p> <p>E5 - "Somos outra pessoa no final disto tudo".</p> <p>E7 - Mas fiquei limitada para tudo o resto...sabe as coisas da casa, já não consigo, virava-me logo de cangalhas e canso-me muito....acho que isso já não vai mudar, já não é coisa para eu fazer..."</p> <p>E7 - " a gente percebe que agora a vida é diferente, que temos que nos adaptar e aceitar as diferenças, não há outro remédio..."</p> <p>E8 - "...Mas agora é tudo mais lento, mais difícil e o medo de cair persegue-me...mas vou-me adaptando a isto...é outra condição...já sei que tenho que viver o que me resta assim"</p> <p>E9 - "...temos que mudar de rumo...é assim, a idade não perdoa...a idade traz estas maleitas e daqui em diante é uma vida nova, mais recatada!"</p> <p>E10 - "...esta fratura obrigou-me a olhar para a vida de outra forma...a repensar...um segundo e tudo muda...depois é que são elas..."</p>
4 - A nova autonomia	<p>Recuperação da independência nas AVD's e AC</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p>	<p>E1 - "... Nesta fase, já me oriento melhor, já consigo mexer-me mais, até já dispensei o apoio domiciliário para a higiene."</p> <p>E1 - "...com o passar dos dias fui-me tornando mais independente, sim, já cuido de mim, com ligeira ajuda da minha esposa no banho, mas na rua ainda não faço o que gostaria...a limitação dos movimentos está cá e não há volta a dar...ainda não consigo chegar aos trabalhos do campo..."</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ganho de capacidades para AC</li> <li>▪ ganho de capacidades AVD`s</li> </ul>	<p>E2 - “Que não possa fazer tudo, tudo, eu sei, mas que possa fazer a minha vida como antes...que ainda não acontece! Vou fazendo alguma coisa, mas ainda necessito de muita ajuda...”</p> <p>E3 - “ cuidar da casa como dantes, não, mas cuidar de mim, ao menos isso já consigo e é um grande alívio.”</p> <p><i>E3 - “...deito-me e levanto-me bem, levo o andarilho até á cama para depois me conseguir apoiar, já me levanto e deito, com jeitinho e espero não cair de novo”</i></p> <p><i>E4 – “...já tenho mais facilidade em deslocar-me dentro de casa com o andarilho...e também já me sento e levanto, no meu vagar, vou andando dentro de casa e já vou fazendo alguma coisa na cozinha sentada na mesa.”</i></p> <p><i>E5 - “Nas coisas da casa, eu voltei a fazer tudo que fazia antes (...), lavo a louça, passo, não deixei de fazer nada, estou bem (...) mas ainda tenho muito medo de cair novamente, medo de novas quedas, mas preciso de fazer isto, de me sentir útil”</i></p> <p><i>E7 - “...fiquei a conseguir bem ou mal, tratar de mim... andar dentro de casa com o andarilho, como a cama é baixa, lá me levanto e deito e devagar, vou fazendo as minhas coisas...”</i></p> <p><i>E8 - “Hoje, dois meses depois, sinto-me bem melhor, não igual, mas faço a minha vida, já saio de casa, levo uma canadiana e vou mais devagar do que antes, mas vou.”</i></p> <p>E10 –“ precisei muito da minha esposa, mas já preciso de menos ajudas...faço a minha higiene e cuido de mim, preciso só de ajuda no banho e a calçar. Ando bem pela casa de canadianas.”</p>
--	--	---

	<p>Força de vontade na recuperação</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ querer recuperar</li> <li>▪ querer fazer</li> <li>▪ querer andar</li> </ul>	<p>E1 ”...difícil, mas nunca perdi a vontade de recuperar mais, isso não...foi doloroso, retomar o andar, custa bastante, mas temos que ter força de vontade, se queremos uma coisa, e assim, se vai conseguindo...”</p> <p>E2 - “Sempre me disseram que a minha força de vontade era meio caminho para a minha recuperação e eu também sei que foi, senão, já estava acamada há muito, com tanta dor que tive...”</p> <p>E3 - “Tinha dias que me faltavam as forças, não só físicas, mas a vontade ia-se...cansada de suportar...sem apetite de nada e aí notava-se bem a andar para trás...mas depois, tinha que ir buscar a força não sei onde e lá continuava .... no outro dia já corria melhor...altos e baixos, mas fui andando.”</p> <p>E4 - “(...) eu penso... nós em termos de força de vontade...que é o que eu tenho, muita!...A gente consegue logo uma ajuda para as doenças. Que é o que eu digo (...)“Nós com força de vontade, conseguimos tudo...”, e para mim tem de ser igual, tenho de arranjar... para... tentar passar estes problemas, estas coisas. ”E tenho conseguido ultrapassar as dificuldades que foram surgindo...”</p> <p>E5 – “...foi uma grande força de vontade que tive que descobrir dentro de mim, para conseguir voltar a ter a minha vida...empenhar-me a ponto de recuperar a minha independência...”</p>
--	--	---

		<p><i>E6 - “A nossa força anímica conta muito...tem que se querer recuperar acima de tudo o resto e eu queria por tudo ...”</i></p> <p><i>E6 - “...Sempre me empenhei...dei o máximo, tinha que fazer as coisas por mim...já antes era assim...e olhe que até achei que me ia custar mais...”</i></p> <p><i>E4 - Queria muito voltar a tomar o meu banho...sem ajudas, percebe...então ia tentando perder o medo...fazer, com calma...tinha que ser...segurava-me para não cair e com a outra mão fazia por mim... e foi indo...</i></p> <p><i>E5 - A gente tem uma vontade enorme de voltar a fazer aquelas coisas básicas do dia-a-dia...não é? E vamos experimentando e tentando e forçando, até que já vai dando...</i></p> <p><i>E6 - “Já me disse que breve passava para as canadianas, e eu quero, quero ficar mais leve! Quero ficar mais livre!”</i></p> <p><i>E7” ...é penoso, sim, mas queria tanto voltar a andar...”</i></p> <p><i>E7 –“... Esforcei-me quanto pude...pegava no andarilho e eia andando por lá...só queira andar cada vez melhor...lembrava-me da Enf<sup>a</sup> reabilitadora do hospital...costas direitas, devagar, olhar em frente, firmeza no andarilho...e pensava que não podia cair, e assim ia andando, tal como ela me tinha dito...que tinha que continuar a andar para recuperar...e porque eu queria ir para minha casa!”</i></p> <p><i>E8 “- ...temos que nos reerguer...olhar em frente e não para trás...só assim melhoramos.”</i></p>
--	--	--

		<p>E9 - “... apesar dos meus 90 anos, eu queria andar, eu queria ficar a dar uns passos, não queria perder isso de vez...e então tinha que aguentar todo aquele esforço e sacrifício...nada se consegue sem sacrifício na vida...mas valeu a pena...já conseguia andar com o andarilho e isso foi muito bom, fiquei muito feliz quando finalmente consegui dar os primeiros passos...”</p> <p>E9 - “Acredite, Sr<sup>a</sup> Enfermeira...que a vontade é tudo...e quem não tiver vontade...ai não consegue nada...é preciso ter uma grande, grande vontade para se ultrapassar e ir buscar forças onde já não as há!”</p> <p>E10 - “...sabe que o insistir...nós...sozinhos...é o que nos leva a avançar...temos muito que querer para fazer acontecer...”</p> <p>E3 - “...Puseram-me no andarilho e comecei devagarinho. Foi uma grande emoção...eu não queria perder o andar. Apesar de velha, enquanto a gente andar...lá se vai indo, mas acamada era o fim. Não andava muito, mas já era suficiente para a minha vida lá em casa queria muito conseguir andar, mesmo...”</p> <p>E3 - “Portanto consigo deslocar-me pela casa fora... ponho-me a andar de um lado para o outro e às vezes vou à cozinha, e ando por ali assim...só não queria deixar de andar...”</p> <p>E4 - “Aqui tenho andado com...o andarilho, hoje já andei...queriam que andasse assim em casa...que continuasse, para não parar...e eu tenho feito como consigo...e vou conseguindo melhor, graças a Deus, consigo andar...”</p> <p>E7 - “pelo menos fiquei a andar, isso era o mais importante...”</p>
--	--	--

	<p>A melhoria</p> <p><u>Constituintes-chave:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alívio da dor</li> <li>▪ melhoria da tolerância ao esforço</li> <li>▪ aumento da força muscular</li> </ul>	<p><i>E1 - “...já tenho mais força...já consigo ter outros objetivos...mas tenho que ir com calma.”</i></p> <p><i>E2 - “Eu... que não melhore total, mas que eu pelo menos eu possa andar sem dor! Esse é o meu sonho (choro)...esse é o meu sonho e as dores que tinha já estão mais aliviadas e deixei de ter essa limitação, ando mais por isso e movimento-me melhor, pois controlo melhor a perna.”</i></p> <p><i>E5 - “eu agora já me aguento bem de pé...já comecei a andar com as canadianas e até só com uma,, a perna está melhor e tenho menos dificuldade em andar.”</i></p> <p><i>E6 - “...claro que ainda não estou como queria...ainda uso o andarilho para me deslocar, mas já me vou equilibrando melhor em pé e já vou utilizando os braços para fazer algumas coisas.”</i></p> <p><i>E7 - “consegui bem os primeiros passos, embora a perna parecia pesar 100kilos, e arrastamos o pé... e depois vem -nos aquele cansaço, que as pernas tremem...mas com o passar dos dias vai melhorando...”</i></p> <p><i>E8 - “fui sempre melhorando com o passar do tempo, e consegui ultrapassar as limitações, fiquei bem, cuido de mim e voltei a sair á rua, claro que com menos ligeireza!”</i></p> <p><i>E9 - “agora é como lhe digo, vou andando por casa, isso sim, ando com dificuldade, mas ando apoiado no andarilho mas não saio...a dor melhorou e isso também ajuda.”</i></p> <p><i>E10 - “...nas últimas duas semanas sinto-me muito melhor...já recuperei força na perna e ando melhor...”</i></p> <p><i>E10 - ”...primeiro vim com o andarilho, mas depois passei para as canadianas, já tenho mais agilidade e já consigo equilibra-me nelas...tenho evoluído alguma coisa...”</i></p>
--	--	--

