

MARCIA FERNANDA VANZILLOTTA PEREIRA

**NECESSIDADES DE CUIDADOS REALIZADAS PELO CUIDADOR AO
IDOSO SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM TRAUMATO-ORTOPÉDICA**

Rio de Janeiro

2013

MARCIA FERNANDA VANZILLOTTA PEREIRA

NECESSIDADES DE CUIDADOS REALIZADOS PELO CUIDADOR AO IDOSO SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM TRAUMATO-ORTOPÉDICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Lys Eiras Cameron

Rio de Janeiro

2013

Pereira, Marcia Fernanda Vanzillotta

Necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido à cirurgia ortopédica: um estudo Enfermagem Traumato-Ortopédica./ Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira. -Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2013.

81 f.: il.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

Orientador: Lys Eiras Cameron

Referências Bibliográficas:178

1. Idoso. 2. Fraturas. 3. Idoso 4. Enfermagem Ortopédica. 5. Cuidadores. I. Cameron, Lys Eiras. II.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD.610.73

NECESSIDADES DE CUIDADOS REALIZADOS PELO CUIDADOR AO IDOSO SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM TRAUMATO-ORTOPÉDICA

MARCIA FERNANDA VANZILLOTTA PEREIRA

Orientadora: Prof. Dra. Lys Eiras Cameron

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof. Dra. Lys Eiras Cameron (Presidente) – EEAN/UFRJ

Prof. Dra. Fátima Helena do Espírito Santo – FE/UFF

Prof. Dr. Liszt Palmeira de Oliveira – FCM/UERJ

Prof. Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto (Suplente) – EEAN/UFRJ

Prof. Dra. Patrícia dos Santos Claro Fuly (Suplente) – FE/UFF

Rio de Janeiro, 02 de agosto de 2013.

DEDICATÓRIA

Á musa inspiradora desta pesquisa, que é o amor da minha vida, minha mãe Emilia,
fonte inesgotável de amor maternal e minha eterna cuidadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e a Virgem Maria por ter me guiado e ouvido as minhas preces nos momentos de solidão e desespero.

À minha amiga, orientadora e mestre Lys Eiras Cameron, por acreditar na minha capacidade, pelo seu apoio, ética, respeito e amizade. E por tudo dedicado a mim durante a construção desta pesquisa.

Aos professores Fátima Helena do Espírito Santo, Liszt Palmeira de Oliveira, Cecília Maria Izidoro Pinto e Patrícia dos Santos Claro Fuly, pela ajuda, apoio e respeito durante toda esta trajetória e em especial por terem participado das bancas, propiciando com suas considerações e sabedoria, o aperfeiçoamento desta pesquisa.

À Isabel Vital, pela sua amizade e por ter me incentivado, apoiado e acreditado na minha capacidade e por ser minha madrinha nessa trajetória.

À minha amiga e irmã, Suely Pizetta, pela paciência e apoio para que este objetivo fosse alcançado. O meu muito obrigado.

Ao amigo de grupo de pesquisa André Luiz pela sua amizade, apoio e ajuda durante esta caminhada.

À Thays Cunha e Thamires Carrano, enfermeiras ortopédicas, por terem me auxiliado nos primeiros passos desta pesquisa.

À todos os meus amigos, em especial do LAMPETO, que deram suas contribuições para este estudo. O meu muito obrigado.

À instituição hospitalar, seus pacientes, familiares e profissionais que participaram deste estudo, e me ajudaram a concretizar este trabalho, sem vocês o caminho seria mais árduo.

Aos funcionários Jorge Anselmo e Sônia, que com sua amizade e apoio me salvaram nos momentos de dificuldade. O meu obrigado e a minha eterna gratidão.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade e como consequência dessa longevidade, patologias específicas inerentes à idade aparecem, como as ortopédicas. O idoso com distúrbio ortopédico apresenta por um período curto ou longo de tempo dependendo da sua patologia, comprometimento funcional que demanda orientações, informação e apoio de todos os profissionais capacitados da área de saúde, e é essencial a elaboração de um plano de cuidados voltado para as necessidades individuais. Este estudo foi realizado em uma Enfermaria de Ortopedia de um Hospital Universitário no Município do Rio de Janeiro. A pesquisa teve como objetivos: caracterizar as condições socioeconômicas e cirúrgicas do idoso submetido à cirurgia ortopédica e discutir as demandas de necessidades de cuidados realizados pelo cuidador do idoso no pré e pós-operatório de cirurgia ortopédica. O estudo foi realizado de outubro de 2011 à novembro de 2012. Trata-se de um estudo exploratório – descritivo com abordagem quantitativa; tipo Survey. O instrumento de coleta de dados compreendeu as variáveis: idade, gênero, estado civil, profissão/ocupação, dependência econômica, participação na renda familiar, causas da internação e relação entre cuidadores e os indivíduos da pesquisa. A maioria dos participantes da pesquisa possuía idade entre 60 e 89 anos, sendo a média 69,6 anos, eram aposentados (60,0%), casados(56,7%), do gênero feminino (66,3%), participantes ativos na renda familiar (69,2%) e economicamente dependentes (53,34%). As causas da internação foram variadas com destaque para as: fraturas de fêmur e quadril (12,0%), fraturas do rádio (6,40%), afecções articulares (12,8%), próteses de quadril e joelho (7,2%), lesões na coluna (1,6%) entre outras. Os dados apontaram que foram os familiares (90,0%) que representaram a figura de cuidador durante o período de hospitalização, seguidos dos amigos (6,7%). A pesquisa apontou ainda que, para as atividades: administrar medicamentos, realizar tarefas domiciliares, vestir-se, realizar higiene corporal, realizar atividades fora do lar, à demanda de necessidades de cuidadores dos idosos submetidos á cirurgia ortopédica aumentou. Constatou-se ainda que, o distúrbio traumato-ortopédico provoca uma incapacidade temporária, o que pode causar depressão e afastamento social desses idosos. Dessa forma, a presença do cuidador/familiar durante o processo de hospitalização e recuperação desses indivíduos, é importante fonte de ajuda e conforto e contribuem na manutenção da capacidade funcional desses indivíduos.

Palavras-chaves: Idoso, Fraturas, Cuidadores, Enfermagem Ortopédica.

ABSTRACT

Population aging is a reality and as a result of this longevity, specific pathologies inherent of aging appears, such as orthopedic. The elderly orthopedic disorder with features for a short or long period of time depending on your medical condition, functional impairment that requires guidance, information and support from all qualified professionals in the health area, and is essential to prepare a care plan aimed at individual needs. This study occurred in a Nursing Orthopaedic University Hospital in the city of Rio de Janeiro. The research aimed to characterize the socioeconomic and surgery profile of elderly patients undergoing orthopedic surgery, and to discuss the caregiver care in the life of the elderly undergoing surgery orthopedic during in the pre-operative and postoperative. The study was conducted from October 2011 to November 2012. This is an exploratory - descriptive quantitative approach; sort Survey. The instrument for data collection comprised the following variables: age, gender, marital status, profession / occupation, economic dependency, participation in family income, causes of hospitalization and the relationship between caregivers and research subjects. The majority of respondents had between 60 and 89 years, with a mean age of 69.6 years were retired (60.0%), married (56.7%), female (66.3%), active participants in family income (69.2%) and economically dependent (53.34%). The causes of hospitalization were varied with an emphasis on: femur and hip fractures (12.0%), radius fractures (6.40%), joint disorders (12.8%), hip and knee prostheses (7, 2%), spinal lesions (1.6%) and others. The data indicated that family members were (90.0%) which represented the figure of caregiver during the period of hospitalization, followed by friends (6.7%). The survey also showed that, for the activities: administering medications, performing household chores, dressing, performing hygiene, carry out activities outside the home, the demand needs of caregivers of elderly patients undergoing orthopedic surgery will be increased. It was also found that the disorder trauma-orthopedic causes a temporary disability, which can cause depression and social isolation of the elderly. Thus, the presence of the caregiver / family during hospitalization and recovery of these individuals is an important source of help and comfort and help in maintaining the functional capacity of these individuals.

Keywords: Elderly Fractures, Caregivers, Orthopedic Nursing

RESUMEN

Envejecimiento de la población es una realidad y como resultado de esta longevidad, patologías específicas inherentes edad en aparecer, tales como ortopédico. El trastorno ortopédica mayor con características para un período de tiempo corto o largo plazo en función de su estado clínico, el deterioro funcional que requiere orientación, información y apoyo de todos los profesionales calificados en el área de la salud, y es esencial para preparar un plan de atención dirigida a necesidades individuales. Este estudio fue en el Hospital Universitario de Enfermería Ortopédica en la ciudad de Rio de Janeiro. La investigación tuvo como objetivo caracterizar el perfil socioeconómico e quirúrgico de los pacientes ancianos sometidos a cirugía ortopédica, e discutir los cuidados del cuidador de los ancianos en el preoperatorio e postoperatorio. El estudio se llevó a cabo entre octubre de 2011 noviembre de 2012. Se trata de un estudio exploratorio - enfoque cuantitativo descriptivo: Encuesta tipo. El instrumento para la recolección de datos comprende las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión / ocupación, la dependencia económica, la participación en el ingreso familiar, las causas de la hospitalización y la relación entre los cuidadores y los sujetos de investigación. La mayoría de los participantes tenía entre 60 y 89 años, con una edad media de 69,6 años eran jubilados (60,0%), casados (56,7%), mujeres (66.3%) participantes activos en el ingreso familiar (69,2%) y dependencia económica (53,34%). Las causas de la hospitalización fueron variados, con énfasis en: las fracturas de fémur y cadera (12,0%), fracturas de radio (4,0%), trastornos de las articulaciones (12,8%), prótesis de cadera y rodilla (7, 2%), lesiones de la médula (1,6%) y otros. Los datos indicaron que eran miembros de la familia (90,0%) que representa la figura del cuidador durante el período de hospitalización, seguido de amigos (6,7%). La encuesta también mostró que, para las actividades: administración de medicamentos, la realización de las tareas del hogar, vestirse, realizar la higiene, llevar a cabo actividades fuera del hogar, la demanda de las necesidades de los cuidadores de pacientes ancianos sometidos a cirugía ortopédica se incrementará. Se encontró también que el trastorno de trauma ortopédico causa una incapacidad temporal, que puede causar la depresión y el aislamiento social de las personas mayores. Por lo tanto, la presencia del cuidador / familia durante la hospitalización y la recuperación de estas personas es una fuente importante de ayuda y consuelo y ayuda en el mantenimiento de la capacidad funcional de estas personas.

Palabras clave: Fracturas, Ancianos, Cuidadores, Enfermería, Ortopédica.

SUMÁRIO

Capítulo I	
Introdução	13
Capítulo II	
Fundamentação Teórica	18
Capítulo III	
Método	36
Capítulo IV	
Apresentação e análise dos dados	40
Capítulo V	
Discussão	47
Capítulo VI	
Conclusões	60
Referências	62
Apêndice 1: Autorização institucional	76
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Apêndice 3: Instrumento de coleta de dados	79
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dados sobre as complicações pós-operatórias ocorridas no período de hospitalização dos sujeitos da pesquisa	44
Quadro 2	Distribuição de frequência da necessidade de cuidados durante os períodos pré e o pós-operatório dos sujeitos da pesquisa	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência do gênero e faixa etária	40
Tabela 2	Distribuição de frequência do estado civil	41
Tabela 3	Distribuição de frequência da dependência econômica	41
Tabela 4	Distribuição de frequência da participação financeira na renda familiar	42
Tabela 5	Distribuição de frequência da causa de internação	42
Tabela 6	Distribuição de frequência de procedimentos nos membros superiores e na coluna vertebral	42
Tabela 7	Distribuição de frequência de procedimentos nos membros inferiores e quadril	43
Tabela 8	Distribuição de frequência de relação de entre cuidadores e os indivíduos da pesquisa	45

CAPÍTULO I

1. Introdução

O Brasil é um país cuja população envelhece rapidamente. Vários fatores tem favorecido o aumento da longevidade da população, tais como: as descobertas da medicina na promoção de novas técnicas de prevenção e promoção da saúde, diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, evidenciando o aumento no número de idosos na sociedade. A expansão da expectativa de vida das pessoas e do conseqüente aumento do número de idosos acarreta mudanças expressivas na sociedade (TEIXEIRA et al, 2013).

O desenvolvimento de políticas públicas para os idosos tem merecido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES; SOARES, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), nos países desenvolvidos são considerados idosos indivíduos aqueles com idade igual ou superior a 65 anos e 60 anos nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Essa diferença é devida às melhores condições de vida e de envelhecimento nesses países. Nos países em desenvolvimento não houve um planejamento e reorganização da sociedade e da área de saúde para o recebimento dessa parcela da população (BRASIL, 2006).

No Brasil, a expectativa é que para o ano de 2050 existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. No Sistema Único de Saúde (SUS), um terço dos atendimentos por lesões traumáticas nos hospitais do país ocorre em pessoas com mais de 60 anos. Cerca de 75% dessas lesões acontecem dentro de casa, sendo que 34% das quedas provocam algum tipo de fratura. A maior parte desses acidentes (46%) acontece no trajeto entre o banheiro e o quarto, principalmente à noite. Há, ainda, o agravante de que a recuperação do idoso é mais difícil e, que durante a convalescença, ele fique sujeito a desenvolver outras doenças associadas à restrição física (LANGE, 2005; BRASIL, 2006; GRAF, 2006; RIBEIRO et al, 2008).

O aumento da longevidade exige uma nova organização urbana e mais serviços de saúde adequados às suas necessidades. Diante da mudança do perfil da população podemos destacar o aumento do número de idosos, vítimas de traumas e a

necessidade de ações preventivas contra esse agravo. A assistência ao idoso é uma problemática que envolve questões como a necessidade de internação hospitalar com maior frequência, maior tempo de internação e reabilitação e maior custo para o sistema de saúde (RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

Nos idosos é frequente a necessidade de intervenção cirúrgica nos diferentes distúrbios traumato-ortopédicos. Esses pacientes têm a sua independência comprometida resultando em impacto no autocuidado, na autoestima e na participação ativa no processo de recuperação. A conduta é, sempre que possível, optar por procedimentos que permitam a mobilização precoce, evitando ao máximo a imobilização de grande porte que o limite excessivamente, com o objetivo de minimizar o risco de surgimento ou evolução de comorbidades (CAMERON, 2010).

A prevalência de condições crônicas na população idosa sem o devido acompanhamento e controle, contribui para aumentar o número de idosos com limitações funcionais que exigem cuidados prolongados e permanentes acarretando a sobrecarga dos familiares, que podem ou não possuir habilidades para exercer esses cuidados (POLARO et al, 2013).

A população idosa que é hospitalizada para tratamento ortopédico é formada por indivíduos de vida independente ou por aqueles que necessitam de auxílio seja de familiares, amigos, profissionais ou acompanhantes. Em ambos os casos, a internação é um período de difícil adaptação. O ambiente hospitalar não é familiar e nele é imposta uma rotina diferente a do seu dia-a-dia. Nesse momento, o idoso irá necessitar de auxílio de profissionais que não fazem parte de sua vida afetiva e da sua rede social. Essa mudança de ambiente e de rotinas específicas, pode levar a um estado de estresse e comprometer ainda mais a sua saúde. É nesse contexto que a figura do cuidador se torna essencial, pois a presença de uma pessoa do seu convívio diário ou da sua rede social torna o processo de hospitalização menos assustador e auxilia no processo de recuperação, ajudando o idoso no resgate da sua autonomia, independência, diminuindo, assim, o tempo de internação (LANGE, 2005; RIBEIRO et al, 2008).

Quanto maior o tempo de permanência hospitalar, maiores são os riscos físicos, emocionais e a elevação dos custos hospitalares. A hospitalização por distúrbios traumato-ortopédico pode resultar no aumento da taxa de morbidade e mortalidade entre os idosos. Portanto, quanto mais rápido for o restabelecimento da funcionalidade e o retorno às suas atividades, menores são as chances de surgirem complicações e reinternação, trazendo consequências danosas à saúde do idoso. Neste contexto, o papel

do cuidador durante a internação do idoso é fundamental para o seu restabelecimento (CÉSAR; SANTOS, 2005; BIAZIN; RODRIGUES, 2009; RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

O Estatuto do Idoso (2003) assegura aos idosos o direito de usufruir a presença dos familiares ou acompanhantes durante todo o seu período de hospitalização e as instituições de saúde devem criar meios para promover a permanência desses acompanhantes, garantida pela Portaria nº 280 de 07 de abril de 1999, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Entretanto, em muitas instituições não há acomodações e nem espaço físico apropriado para eles e, em muitos casos, para a permanência do acompanhante são dispostas instalações improvisadas e inapropriadas, inviabilizando a sua presença junto ao paciente idoso.

A presença de um membro da família durante a hospitalização de um idoso sob tratamento, é importante não só como acompanhante mas também, para ser orientado em seu papel de cuidador leigo. A atividade de cuidar, realizada com a equipe de Enfermagem do hospital torna-o um cliente/colaborador da Enfermagem (MENEZES et al, 2008; LIMA; FLORENCE, 2009). Devemos lembrar que a presença de um cuidador durante a hospitalização do idoso e seu envolvimento no cuidado não devem ser vistas como delegação de responsabilidades ou como complementação de recursos humanos para a assistência de Enfermagem. Na realidade, o papel do cuidador é de parceria com a equipe de Enfermagem na busca da melhoria do cuidado futuro no domicílio (PENA; DIOGO, 2009).

Durante a hospitalização, a necessidade de preparo dos cuidadores é de responsabilidade da equipe de Enfermagem e é preciso levar em conta a formação cultural e social desses indivíduos. A participação familiar no cuidar pode ser favorecida pelo fornecimento de informações relevantes durante o processo e avaliação do cuidado. É papel da equipe de Enfermagem, através de interação ativa, promover a sua participação por meio de suporte emocional, informações e treinamento relacionado aos cuidados a serem realizados no domicílio, sobre as condições da doença e as limitações do paciente (LAITINEN, 1992, 1993, 1994; RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

Os benefícios ao paciente decorrentes da participação do cuidador no processo de hospitalização são extensos e comprovados. No entanto, o que se vê na prática assistencial, é que os conflitos e o pouco envolvimento familiar no cuidado ao idoso acarretam prejuízo ao bem estar e ao tratamento do paciente (PENA; DIOGO, 2009). Isto evidencia a necessidade de realização de pesquisas que identifiquem a

demanda de necessidades de cuidados do cuidador pelo idoso em situações cirúrgicas, onde o grau de dependência de outras pessoas, associado ao alto risco de complicações e mortalidade, o reconhece como ator fundamental para recuperação da saúde dessa clientela.

Nesse contexto, surgiu o interesse de investigar as necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido à cirurgia ortopédica.

Assim, a questão de pesquisa que norteia este estudo é: Quais são os cuidados necessários ao idoso submetido à cirurgia ortopédica, realizados pelo cuidador no domicílio? A hipótese principal é que as restrições impostas pelo procedimento cirúrgico ortopédico acarretam uma modificação na dependência do idoso a algumas atividades realizadas pelo cuidador, principalmente àquelas relacionadas às atividades básicas e instrumentais da vida diária.

A cirurgia ortopédica promove importantes impactos na vida do paciente idoso, não só física, como também emocional e socialmente. Neste contexto, a figura do cuidador domiciliar, formal ou informal, tem papel fundamental no seu cotidiano e na sua recuperação. Encarar o cuidador como um parceiro nessa restauração da saúde do idoso é fundamental para os profissionais envolvidos no seu tratamento. Para isso, é importante, a partir do conhecimento das limitações e necessidades do paciente no domicílio, incorporar o cuidador em processos de orientação e treinamento para os cuidados pós-operatórios.

Assim, são objetivos deste estudo: caracterizar as condições socioeconômicas e cirúrgicas do idoso submetido à cirurgia ortopédica; discutir as demandas de necessidades de cuidados realizados pelo cuidador do idoso no pré e pós-operatório de cirurgia ortopédica.

A Enfermagem presta uma assistência de forma planejada e resulta da observação da condição e situação do ser a ser cuidado. Este estudo visa contribuir na produção de conhecimento quanto ao desenvolvimento da prática assistencial, destacando a importância da intervenção do enfermeiro junto ao cuidador do idoso submetido a cirurgia ortopédica.

A discussão da temática sobre as necessidades de cuidados pelo cuidador ao idoso submetido a cirurgia ortopédica é necessária para a melhoria da qualidade da assistência prestada, fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos e científicos, que emergem da realidade do envelhecimento da população mundial e da demanda de cuidados empregados ao atendimento à essa clientela.

Contribui com subsídios para reflexão do problema e para a criação da disciplina de enfermagem em ortopedia, a partir da realidade investigada acerca da prática diária do cuidado de enfermagem na atenção ao idoso com distúrbios traumato-ortopédicos e no atendimento das suas necessidades e do seu cuidador

Para a graduação em Enfermagem, onde a realidade da maior parte dos cursos não contempla em sua grade curricular a inserção formal do ensino de traumato-ortopedia, indo de encontro a realidade apresentada pelo aumento acelerado das doenças crônico-degenerativas na população idosa. Dessa forma, o estudo.

Este estudo tem como contribuição a inserção do tema no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e para as pesquisas do Grupo de Estudos em Enfermagem Traumato-Ortopédica (GEETO). Que contribua também com subsídios literários e científicos para a profissão por meio da reflexão, por parte dos enfermeiros, sobre suas estratégias de atendimento ao idoso com distúrbios traumato-ortopédicos e seus cuidadores. O estudo preenche parte da lacuna de conhecimento da temática contribuindo, conseqüentemente, para a construção de novas pesquisas na área.

Esta pesquisa intenciona, ainda, difundir os resultados alcançados à instituição envolvida na pesquisa e aos interessados em Enfermagem Traumato-Ortopédica, por meio de publicações e divulgação em eventos científicos.

CAPÍTULO II

2. Fundamentação teórica

Este capítulo é constituído por cinco tópicos: o primeiro conceitua o envelhecimento, discorre sobre o crescimento estatístico e epidemiológico da população idosa e suas implicações sociais; o segundo define rede social e de apoio, bem como sua influência na qualidade de vida da população idosa; o terceiro conceitua capacidade funcional, suas consequências na autonomia e vida dos idosos, as medidas necessárias para evitá-la e apresenta os testes de avaliação da capacidade funcional, mais utilizados pelos especialistas; o quarto conceitua a figura do cuidador, as características necessárias para exercer suas atividades, importância, características e consequências advindas dessa ocupação para a sua saúde e para quem recebe seus cuidados e o quinto apresenta o idoso hospitalizado com distúrbios traumato-ortopédicos e a Enfermagem, as consequências da hospitalização, as consequências dos distúrbios traumato-ortopédicos sobre a saúde dos idosos e a importância da Enfermagem no resgate da independência e autonomia do idoso com distúrbios traumato-ortopédicos.

2.1 Envelhecimento populacional

Podemos definir envelhecimento como um processo progressivo, gradual e variável, caracterizado pela perda crescente da reserva funcional. Representa a passagem do tempo e não a doença, sendo um processo natural e fisiológico onde as experiências emocionais, psicológicas e ambientais o tornam singular e individual. O processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um (ÁVILA; GUERRA; MENEZES, 2007).

A transição demográfica do envelhecimento ocorreu de maneira diferente ao redor do mundo. Essa transição, em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno do século XX, conhecido como envelhecimento populacional. Esse fenômeno tem levado à reorganização do Sistema de Saúde, pois a população idosa exige cuidados específicos da idade, devido às doenças crônicas e disfunções incorporadas pela idade (NASRI, 2008).

O processo de envelhecimento da população resulta do declínio da fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Uma população torna-se envelhecida,

quando o número de indivíduos idosos aumenta e diminui a de indivíduos jovens, ou seja, é necessário que a taxa de fecundidade diminua. Essa transição demográfica originou-se na Europa e o seu primeiro fenômeno foi a diminuição da fecundidade, observada na Revolução Industrial. O aumento da expectativa de vida ocorreu de forma insidiosa e lenta, e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e das vacinas (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; NASRI, 2008).

A população brasileira, assim como da América Latina e do Caribe, vem apresentando nas últimas décadas aumento na expectativa de vida e diminuição na taxa de natalidade. Com a queda da mortalidade no início do século XX, somente por volta dos anos 50 é que esse fenômeno realmente se estabeleceu, através do declínio agudo da fecundidade, que passou de 6,2 filhos por mulher nos anos 40 para 2,1 em 2003. Se atentarmos que 2,1 filhos por mulher é o valor de reposição da população, então, teremos brevemente uma população muito mais envelhecida (NASRI, 2008; LEBRÃO, 2009).

É interessante observar o envelhecimento dentro da própria população idosa, pois enquanto 17% dos idosos de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade em 1980, em 2050 corresponderão a aproximadamente 28%. Na população feminina, o percentual aumentará de 18% para 30,8%. Dessa forma, presenciaremos o “envelhecer” da população idosa (CARVALHO; WONG, 2008).

Com o envelhecimento populacional brasileiro acentuando-se consideravelmente neste século XXI, haverá aumento nas demandas sociais e econômicas. Este fato implica inclusive na mudança de perfil de adoecimento e traz repercussões para a atenção à saúde e para políticas públicas, que passam a enfatizar a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social, gerando impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos. O Brasil tem se organizado na tentativa de responder às demandas crescentes desta parcela da população, no sentido de responder e enfrentar as questões de saúde e bem-estar nos diversos níveis de atenção à Saúde da pessoa idosa. (BRASIL, 2006; ZOBOLI, 2007; FERNANDES; SOARES, 2013).

Nesse sentido, a Lei nº 8842/1994, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNI), regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 1948/96, visa a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde, a preservação, melhoria ou reabilitação da capacidade funcional dos idosos com

o objetivo de lhes assegurar sua permanência no seu meio e na sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente e saudável (BRASIL, 1996).

Atualmente, os especialistas classificam os idosos em três grupos: idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos ou longevos. O termo idosos jovens geralmente se refere às pessoas de 60 a 74 anos, que costumam ser ativas, e possuem um grau de independência maior. Os idosos velhos de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos de 85 anos ou mais, são aqueles que possuem maior tendência para enfermidades, e podem ter dificuldade para o desempenho das atividades da vida diária (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

No futuro a população idosa no Brasil será eminentemente feminina. No ano de 2000 a relação era de 100 mulheres para 81 homens idosos, e em 2050, essa relação será de 76 homens idosos para cada 100 mulheres idosas. No grupo acima de 80 anos é estimado que em 2050, para cada homem idoso haverá duas mulheres idosas (CARVALHO; WONG, 2008).

A essa transição demográfica, junta-se a epidemiológica, o que significa que o perfil da população idosa, principalmente de doenças crônicas, muda de modo radical. O aumento das doenças crônicas entre os idosos leva ao aumento da quantidade e do número de medicamentos e a realização de exames com maior frequência. Ao controlarem suas doenças os idosos poderão ter uma vida produtiva e independente. O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de saúde. A responsabilidade pela promoção da saúde deve ser compartilhada entre os indivíduos, a comunidade, grupos e instituições que prestam serviços de saúde, governos e os profissionais de saúde de todas as áreas. A promoção de saúde com enfoque no autocuidado contribui para que os idosos venham a se cuidar, influenciando dessa forma, a preservação da sua autonomia, independência e condições de saúde (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; SANTOS et al, 2012).

O envelhecimento humano não é provocado por uma única causa ou mecanismo, mas sim de uma multiplicidade de aspectos inerentes a este processo. Representa um processo biopsicosociocultural e, por natureza, gera demandas complexas e exige cuidado diferenciado, já que a ocorrência de modificações na estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, de controle e na própria comunicação. Somente conhecendo esses fatores é que se poderá desenvolver programas de treinamento e rever

posturas paternalistas /autoritárias, que inibem a autonomia e a independência de ser idoso (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

2.2 Rede social e de apoio

Rede social é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos. A rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo (SLUZKI, 2006).

As relações sociais são compostas pela organização do vínculo entre pessoas e composta pela rede de relações formais e informais. As relações formais são formadas pelos contatos com profissionais e por outras pessoas conhecidas. As relações tidas como mais importantes, sejam pela importância pessoal ou afetiva, são as relações sociais informais, que são compostas por vínculos com todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas do trabalho, comunidade, etc) e tem como características marcantes a familiaridade e a proximidade, com envolvimento afetivo (ROSA; BENÍCIO, 2009).

Denomina-se apoio social, no âmbito das redes sociais, o que se relaciona com aspectos qualitativos e comportamentais e compreende quatro tipos: apoio social, que envolve expressões de amor e afeição; apoio instrumental ou material, que se refere aos auxílios concretos como provimento de necessidade materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos (limpeza doméstica, preparo das refeições) e ajuda financeira; apoio de informação, que compreende informações (aconselhamentos, orientações) que podem ser usadas para a resolução de problemas e interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar. As redes sociais de apoio mostram influência sobre as condições de saúde e mortalidade da população em geral, a sua presença também tem sido fortemente associada com desfechos positivos para a população idosa (ROSA; BENÍCIO, 2009).

O apoio social é considerado na velhice um dos mais importantes preditores da saúde física e do bem estar, da criança ao idoso. Compreende um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar recursos que possuem e, que ajudam a enfrentar as situações cotidianas. O apoio social abrange aspectos estruturais, funcionais e contextuais. Os aspectos estruturais envolvem o tamanho e a composição das redes sociais que oferecem apoio. Os aspectos funcionais referem-se às funções exercidas

pelo apoio na vida dos indivíduos que recebem e fornecem apoio social. O apoio social auxilia no enfrentamento das perdas e limitações decorrentes do processo de envelhecimento e, para os idosos institucionalizados, também ajuda no enfrentamento dos problemas decorrentes da institucionalização (AMARAL et al, 2013; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Idosos com uma rede social ampla e vínculo afetivo são mais amparados, acolhidos em suas dificuldades e recebem auxílio para interpretar e afirmar suas experiências e valores. Essas relações funcionam como amortecedores para eventos negativos e contribuem para o aumento do bem estar (RODRIGUES; SILVA, 2013).

O efeito protetor das redes sociais sobre os sintomas depressivos indicam que o suporte pode amenizar a incapacidade funcional dos idosos em quadros depressivos. Outros estudos apontam alto índice de satisfação com a vida e melhoria da saúde na auto-avaliação dos idosos com a frequência do contato com irmãos e com outros familiares e amigos. Tem se observado, também, a associação positiva entre redes sociais formadas por grande número de amigos e elevados níveis de ânimo e auto-estima (PALINKAS et al, 1990; McCAMISH-SVENSSON et al, 1999; PINQUART; SÖRENSEN, 2000; WALLSTEN et al, 1999; LITWIN, 2001; LEE; SHEVAN, 1989; TAVARES; PAULIN; PAULA, 2010; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Os benefícios sobre comportamento alimentar são comprovados em idosos que estejam satisfeitos com a frequência de visita de amigos ou de familiares os quais apresentam menos problemas com a sua dieta. Idosos ativos física e socialmente, possuem dietas alimentares mais diversificadas e adequadas a sua idade. Constata-se ainda que, amplas redes de amigos exercem consequências positivas no apetite e na ingestão adequada de nutrientes e, além disso, a magnitude dos efeitos negativos do estresse financeiro sobre o apetite foi reduzido pelo relacionamento dos amigos, pelo estado conjugal e pela presença de companhia (LEARNER; KIVET, 1981; KRONDL et al, 1982; McINTOSH et al, 1989; RODRIGUES; SILVA, 2013).

A reciprocidade nas relações sociais sobre a saúde se mostram quando as trocas sociais são vistas como um fator crítico para o bem-estar, ou seja, os efeitos de receber apoio, de oferecer apoio e os da reciprocidade sobre o bem estar são de crucial e decisiva importância. A solidariedade nas relações próximas, como a existente entre membros de uma família, reflete o compromisso das pessoas com os entes queridos e amados, apesar do custo ou do que vai retornar a elas. Esses autores relatam a importância de se manter o idoso no elenco de pessoas cujo papel não é somente

receber, mas também prover ajuda para os outros e que a percepção que os indivíduos têm sobre o equilíbrio dos recursos e das demandas é o fator mais importante sobre a saúde deles. Isso significa que reciprocidade dentro do apoio informal é um critério importante (LIANG et al, 2001; HUGHES; WAITE, 2002; ROSA; BENÍCIO, 2009; AMARAL et al, 2013).

Os efeitos das diferentes fontes de apoio social indicam que, os idosos preferem apoio informal e misto (formal/informal), para a necessidade de cuidados em curto prazo e preferem assistência mais formal para necessidades de cuidados a longo prazo, em outras, esperam que os programas de pensão do Estado supram as suas necessidades financeiras. A família, no entanto, permanece como fonte preferencial de apoio social e emocional. Esses estudos indicam que o contexto cultural do idoso e o tempo de duração das necessidades determinam as escolhas do provedor de assistência (PINQUART; SÖRENSEN, 2000; PEI; PILLAI, 1999; ROSA; BENÍCIO, 2009; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Os estudos sobre o impacto da estrutura familiar ou do arranjo familiar sobre a saúde dos idosos têm demonstrado que idosos que vivem com cônjuge quando comparadas aos que não vivem apresentam maior longevidade e também possuem melhores desfechos de saúde (MURRAY, 2000; BENZEVAL, 1998; PAULIN; PAULA, 2010; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Quando consideramos as dimensões da rede de apoio social informal, observamos que o predomínio da família na atenção às pessoas idosas é muito forte. No entanto, a tendência atual dos idosos morarem sós não pode ser interpretada como uma mudança qualitativa nas relações entre as gerações familiares. Esta situação é denominada “intimidade à distância”, propiciada pelos meios de comunicação à distância e pelas facilidades nos meios de locomoção. Quando consideramos que laços familiares são de extrema importância na vida dos idosos e interferem diretamente na saúde dessa população, essa distância pode ter como principais consequências, a solidão e o sentimento de exclusão social (DEBERT, 1999; ROSA; BENÍCIO, 2009).

Os idosos que trabalham em ocupações prestigiadas socialmente, geralmente recebem maiores níveis de apoio social e idosos com renda e nível educacional mais alto, tem mais contato com amigos, maior frequência de apoio fornecido por outros e maior satisfação com apoio recebido dos membros da rede de apoio. A composição das redes sociais sofrem modificações ao longo da vida. Nos idosos, o nível de contato é reduzido provavelmente pela diminuição do número de

peças amigas e familiares vivos (OLSEN et al, 1991; DUE et al, 1999; TURNER; MARINO, 2004; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Quanto ao gênero, as redes sociais das mulheres são maiores e mais amplas do que as dos homens. Isso porque os homens idosos tendem a se relacionar exclusivamente com seus cônjuges. Os casais são mais favorecidos pelo apoio provido pela família do que os idosos que sozinhos (TURNER; MARINO, 1994; DUE et al, 1999; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Indivíduos mais jovens, os casados, aqueles que não moravam sós, os que praticavam atividades físicas, de voluntariado, que possuíam maior escolaridade, eram do gênero masculino e que não possuíam transtornos mentais; tem a chance de receber o alto apoio social. O estudo revelou ainda que, pessoas mais velhas tiveram percepção de menor apoio social, uma vez que o envelhecimento causa modificações e perdas de comportamento da rede social e portanto do apoio social disponível (GRIEP et al, 2001,2003).

Dessa forma, o “Envelhecimento Ativo” como projeto de política de saúde, para a população idosa, é reconhecer a importância do ambiente social (família, amigos, comunidade) em que o envelhecimento ocorre, no qual se pode determinar um envelhecimento de maior ou menor qualidade de vida, indicando assim, que o apoio social interfere de forma determinante para um envelhecimento com qualidade de vida (ROSA; BENÍCIO, 2009).

2.3 Capacidade funcional

Para a Organização Mundial da Saúde (2005, 2010), é mais fácil evitar mortes do que a ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. A incapacidade funcional pode ser definida como a incapacidade de realizar as atividades básicas da vida diária. As atividades básicas de vida diária são representadas pela capacidade de: alimentar-se, vestir-se, controlar os esfínteres, banhar-se e locomover-se por conta própria. As atividades instrumentais da vida diária são: realizar compras, realizar tarefas domésticas, administrar medicações ou manusear dinheiro. As atividades avançadas de vida diária referem-se à automotivação para o trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos. A não realização dessas atividades pelo idoso pode ser representada por diversos graus de dependência. A dependência é constituída por um somatório de incapacidades e

necessidades dos indivíduos, sendo que esta pode ser modificada se houver condições e assistência adequadas (ROSA et al, 2003; ROSA et al, 2008).

Muitos são os fatores associados às capacidades funcionais e que estão fortemente associados à presença de alguma doença ou deficiência, provavelmente influenciados por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. A inclusão de comportamentos relacionados ao estilo de vida como beber, fumar, comer excessivamente, fazer exercícios, sofrer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de auto-eficácia e controle, manter relações de apoio, são potenciais fatores explicativos da capacidade funcional aumentada ou reduzida (ROSA et al, 2003; ROSA et al, 2008).

A incapacidade funcional ou incapacidade limita a autonomia do idoso na execução das atividades da vida diária, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, institucionalização e morte prematura. A diminuição da capacidade funcional é tida também como fator de risco para quedas, principalmente devido ao comprometimento na realização de tarefas da vida diária, com limitação de força muscular, equilíbrio, marcha e mobilidade. No Brasil cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez ao ano, sendo as quedas causadas por um conjunto de fatores associados: história de atividades, fatores ambientais, educação, doenças não diagnosticadas, uso de medicamentos, entre outros (ROSA et al, 2003; PEREIRA et al, 2008).

Doenças neurológicas, cardiológicas, diabetes, doenças demenciais, osteoporose e fratura após queda levam a perda da massa muscular e alterações articulares e ligamentares que interferem na realização dos movimentos tornando-os imprecisos e descoordenados. A inclusão de comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, praticar exercícios, sofrer de estresse crônico ou agudo, manter relações sociais e de apoio são potenciais fontes explicativas de perda de capacidade funcional. (FIRENZA; GURALNIK, 1997; LARSSON; FRONTERA, 2001; SANDER; ROSSI, 2002; VIDMAR et al, 2004; HYLAND et al, 2005; UCHOA; FIRMO; GIACOMINI, 2005; PEREIRA et al, 2008).

Longevos que possuem uma ótima capacidade funcional possuem um grau de independência para as atividades inerentes ao cotidiano, podem manter a liberdade de morarem sozinhos e praticam atividades de lazer. Nesta parcela da população idosa, a capacidade funcional é fundamental para a avaliação e funciona como um indicador do processo saúde-doença, essencial para o planejamento de intervenções e

monitoramento do estado clínico-funcional desta da população. Dessa forma, a avaliação funcional do idoso longo tempo passa a ser um importante marcador para orientar e direcionar os profissionais que atendem esta clientela em unidades hospitalares e ambulatoriais e no atendimento domiciliar e em instituições de longa permanência (ANDRADE et al, 2012)

A capacidade funcional é avaliada pela aplicação da escala de atividades da vida diária, pela escala das atividades básicas para a manutenção corporal ou atividades pessoais e pela escala das atividades básicas, para o convívio independente na comunidade ou instrumentais. Essas avaliações funcionais trazem subsídios para uma assistência aos idosos com os objetivos de identificar capacidades funcionais atuais e detectar precocemente os indivíduos com indicativos de incapacidade funcional e fragilidade, alertando para seus riscos e servindo como parâmetro de admissão e alta aos serviços de reabilitação (PEREIRA et al, 2008; CARNEIRO; FRANÇA, 2011; DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Os testes de avaliação da capacidade funcional nos idosos tais como: EDG (Escala de Depressão Geriátrica), MEEM (Mini Exame do Estado Mental), a Escala de Katz e a Escala de Lawton e Brody, são uma forma para identificar com maior rapidez os problemas dos idosos. O idoso quase sempre chega levado por um familiar, amigo ou profissional, que está com dificuldades em lidar com as questões do cuidado e necessita de intervenção imediata. Quando os testes são realizados juntamente com o idoso e seu cuidador, num processo dialógico, em que não haja qualquer agressão ou exposição das dificuldades do idoso, são um ótimo meio de avaliação rápida que expressa de forma objetiva a cognição, humor e desempenho nas atividades diárias. Hoje percebe-se que os testes são um meio facilitador de comunicação entre o idoso, família e profissional, auxiliando a identificação dos problemas (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005; DAMY, 2010).

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do idoso, pelo maior tempo possível, significa valorizar a sua autonomia, sua autodeterminação e sua independência física e mental (GORDILHO et al, 2001). Desta forma, todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência aos pacientes idosos devem estar atentos às avaliações funcionais destes pacientes, evitando comprometer o tratamento, a reabilitação e prevenindo dessa forma a incapacidade funcional. Portanto, pensar no idoso na perspectiva da atenção à sua saúde, implica em

avaliar sua autonomia, capacidade funcional e independência visando identificar e avaliar suas demandas de cuidado e a do seu cuidador.

2.4 O cuidador da pessoa idosa

As mudanças advindas da terceira idade levam os idosos a necessitarem de alguém para auxiliá-los em atividades de diferentes graus de complexidade. Dessa necessidade surge a figura do cuidador de idosos que, em muitos casos, sem a devida capacitação, presta cuidados à essa população. Entretanto, atualmente, pouco se conhece do impacto de idosos que estão dependentes e necessitam de um cuidador, sobre o sistema de saúde. A função do cuidador de idoso, seja um profissional qualificado, seja um voluntário que nunca teve qualquer tipo de formação, demanda muita disposição, paciência, atenção e capacidade de entendimento (GARBIN et al, 2010).

Nos últimos anos, a equipe de Enfermagem no ambiente hospitalar passou a se deparar com uma nova situação: o número de idosos ocupando os leitos hospitalares e a presença do seu cuidador. Essa nova situação exigiu, então, a construção de uma tríade de relações no cuidado ao idoso hospitalizado, composta pelo enfermeiro e sua equipe, o paciente e o cuidador (PENA; DIOGO, 2009).

A ocupação de cuidador, no Brasil, foi regulamentada pela Lei nº 284/2011. Cuidadores são aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de um certo grau de dependência, por um intervalo de tempo variável, assumem a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir às necessidades cotidianas do idoso fragilizado, sobretudo no seguimento das orientações para a saúde, bem-estar, segurança, conforto e, ainda, no respeito e incentivo ao estímulo, à autonomia e independência, com ou sem remuneração (PÁRRAGA DIAZ, 2007; ARAÚJO et al, 2013).

O Guia Prático do Cuidador (Ministério da Saúde, 2008) atribui a esse profissional, as seguintes tarefas do seu cotidiano: atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar e exercícios físicos; estimular atividades de lazer e ocupacionais; realizar mudanças de decúbito e na cadeira, assim como massagens de conforto; administrar medicações conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; comunicar à equipe de saúde sobre as mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada e outras situações que se fizerem necessárias para a

melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde da pessoa idosa. Deve possuir ainda as seguintes características: ser zeloso, atencioso, amável, paciente, diligente, responsável, tranquilo, inteligente, acessível, cauteloso, precavido, metuculoso e solícito.

Os cuidadores podem ser classificados em três categorias: o cuidador principal, o cuidador secundário e o cuidador terciário. O cuidador principal ou primário é aquele responsável por prestar o maior número de cuidados ao idoso dependente. Os cuidadores secundários são outros familiares, voluntários ou profissionais que prestam o mesmo tipo de ajuda ou se engajam em tarefas complementares nos cuidados ao idoso, mas que possuem o mesmo grau de responsabilidade e poder de decisão do cuidador principal. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não possuem responsabilidades no papel do cuidador, substituindo, de forma ocasional ou esporádica, os demais cuidadores em determinadas situações, por curto período de tempo ou se envolvendo em tarefas que não exigem contato direto com o idoso, como ir ao banco, pagar contas, entre outras coisas (NERI et al, 2006; ARAÚJO et al, 2012).

Os cuidadores podem, ainda, ser classificados em formais e informais. Os cuidadores formais são pessoas capacitadas a auxiliarem os idosos que apresentam limitações para desenvolver as atividades da vida diária, unindo os idosos à seus familiares e aos serviços de saúde ou da comunidade. Esse indivíduo é remunerado pela função que exerce e deve possuir os seguintes requisitos: ter completado o ensino fundamental; mais de 21 anos de idade; submeter-se a treinamento específico ministrado por instituição reconhecida, em observância a conteúdo oficialmente aprovado expressas, pelo forte cunho humanitário de solidariedade e doação. Os cuidadores informais são aqueles que prestam cuidados aos idosos no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não são remunerados. Podem ser pertencentes ou não à família e que se identificam com as atividades pertinentes do cuidado ao idoso (BOHM; CARLOS, 2011).

Apesar de mudanças recentes na nossa sociedade, a figura masculina está geralmente associada ao trabalho fora do lar, saindo para prover o sustento da família; e da mulher, como responsável pelo lar e pelo cuidado dos membros da família. Embora venham ocorrendo mudanças, esse imaginário ainda exerce influência e pode ajudar a explicar o predomínio do gênero feminino nos cuidadores. Várias são as causas ou motivações envolvidas na escolha de um cuidador, geralmente estão relacionadas a algumas normas culturais e sociais. Tais normas incluem o gênero do cuidador, o grau de parentesco existente entre o cuidador e o idoso, e a proximidade física ou afetiva,

história de relacionamento do cuidador com o idoso e com outros membros da família, a personalidade do cuidador, a situação financeira da família, questões geracionais, legados, mitos e dívidas de reciprocidade (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008; ARAÚJO et al, 2013).

A assistência prestada pelo cuidador sofre influência direta com o grau de incapacidade e dependência do idoso, tornando a assistência prestada pelo cuidador um desafio constante e diário. As consequências e dificuldades encontradas pelo cuidador no exercício de cuidar de um idoso dependente são inúmeras, e podemos citar como principais: limitações na vida profissional desde redução de jornada de trabalho até seu abandono, falta de tempo para se cuidar, convivência conjugal com conflitos, cansaço permanente, percepção da saúde piorada, falta de lazer, diminuição da convivência familiar, perda da liberdade, necessidade de adaptação do ambiente doméstico, desgaste emocional, doenças, etc. Cuidadores mais velhos e cônjuges idosos são mais susceptíveis à sobrecarga, porém, os mais jovens podem sofrer com o isolamento e maiores restrições sociais, proporcionais às maiores possibilidades de atividades sociais e de lazer diante da faixa etária (BRITO, 2009; CARNEIRO; FRANÇA, 2011, GRATÃO et al, 2012).

Como o processo de cuidar é interativo entre o cuidador e o ser cuidado, o que afeta o cuidador, invariavelmente afeta também o idoso. Dessa forma, faz-se necessário que medidas de apoio, como atendimento domiciliar de serviços de saúde e melhora na capacidade funcional do idoso, podem ser tomadas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de ambos (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011).

Quanto maior o grau de satisfação, amor e intimidade presentes no relacionamento idoso e cuidador, menor o senso de ônus e maior bem-estar do cuidador. Portanto, a relação entre cuidador e idoso pode influenciar de forma direta a promoção, a manutenção e a qualidade de vida de ambos, já que um relacionamento positivo poderá resultar em avaliações subjetivas positivas do ato de cuidar o que, pode aumentar a chance de que esse cuidado seja realizado de forma adequada e com menores prejuízos para a qualidade de vida de ambos (NERI e CARVALHO, 2006). Partindo dessa afirmação, podemos afirmar que o ideal é que o idoso escolha o seu cuidador, baseado nas questões de afeto, laços afetivos ou de amizade.

Quanto maior o apoio emocional recebido pelos cuidadores, maior a sensação de segurança, que por sua vez aumenta o nível de bem-estar, pois a percepção de apoio pode amenizar as tensões associadas à dependência do idoso, possibilitando a

manutenção de equilíbrio da saúde do cuidador. Com mais informações sobre o processo de envelhecimento e a oportunidade de trocar experiências com outras pessoas que enfrentam as mesmas situações diárias, os cuidadores podem melhorar seu relacionamento com o idoso (GUEDEA et al, 2009).

É necessária a capacitação desses profissionais para que se sintam mais valorizados e possam realizar seu trabalho com mais segurança e satisfação. Nesse sentido, a Enfermagem exerce papel importante já que possui as habilidades, conhecimento e aprimoramento necessários para o desenvolvimento de ações educativas junto a esses cuidadores, promovendo assim, o atendimento das necessidades multidimensionais dos idosos e diminuindo a sobrecarga de trabalho e conflitos no ambiente familiar o qual estão expostos (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2009; COLOMÉ et al, 2011).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, enquanto colaboradores dos familiares cuidadores devem exercer papel ativo na busca da inserção do familiar cuidador no cuidado e, com isso, diminuir sobrecargas individuais, evitando transformar o cuidador numa pessoa que futuramente necessite de cuidado (ARAÚJO et al, 2011).

2.5 O idoso hospitalizado com distúrbios traumato-ortopédicos e a assistência de Enfermagem Traumato-Ortopédica

Em uma unidade de internação traumato-ortopédica observa-se uma grande quantidade de pacientes idosos cujo tratamento requer acompanhamento e cuidados constantes e de longo prazo. A hospitalização traz vários comprometimentos de ordem física e emocional, já que retira o idoso do seu convívio familiar, o restringe a um leito, causa declínio da sua capacidade funcional hospitalar e o afasta subitamente das suas atividades cotidianas (LANGE, 2005; GRAF, 2006).

As doenças ortopédicas geralmente tem evolução lenta e dolorosa, comprometendo as atividades diárias e qualidade de vida do seu portador. Já as lesões traumáticas tem surgimento súbito e podem trazer grandes comprometimentos físicos, emocionais, financeiros e sociais. Estes comprometimentos podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas e dificultando o desempenho de suas atividades básicas da vida diária (AVD's) de forma independente (CAMERON, 2010).

Embora a maioria da população idosa seja ativa e saudável, uma parcela dessa população utiliza os serviços de saúde com maior frequência e por longos

períodos de tempo. As doenças dos idosos são crônicas e variadas, perduram por anos e exigem acompanhamento médico constante (VERAS; LIMA-COSTA, 2003).

Neste contexto, a hospitalização é uma realidade que predispõe o idoso à ruptura das suas atividades sociais, perda da autonomia, afastamento do convívio familiar e necessidade de cuidados específicos de forma a colaborar ao máximo na resolução dos problemas apresentados, incluindo as limitações próprias relacionadas ao envelhecimento. A perda do seu referencial principalmente na hospitalização faz surgir outras dificuldades. A carga emocional pela hospitalização é grande, pois, além da preocupação com sua doença, há necessidade de adaptação às rotinas existentes, o que leva ao estresse e sofrimento. Dessa forma, a realização do cuidado hospitalar deve ser realizado de forma integral e adequada às necessidades do idoso (VERAS; LIMA-COSTA, 2003; PROCHET et al, 2012).

As afecções do sistema músculo-esquelético com o envelhecimento constituem a causa mais frequente de invalidez física temporária ou permanente, e as afecções reumáticas são as de maior prevalência ou incidência no envelhecimento, por serem doenças com alta morbidade e baixa mortalidade, suas prevalências e incidências são diretamente proporcionais ao aumento da longevidade da população idosa. A terapêutica das diversas doenças reumáticas no idoso envolve recursos medicamentosos, físicos e cirúrgicos. O tratamento medicamentoso engloba desde analgésicos até imunossuppressores, passando por antiinflamatórios hormonais, não-hormonais, à drogas para remissão clínica. A terapêutica física das artropatias envolve várias formas de termoterapia superficial à profunda e cinesioterapia. Os idosos portadores de determinadas artropatias, como artrite reumatóide e espondilite anquilosante, podem apresentar formas graves da doença e podem necessitar de terapia física e de reabilitação contínuas. A terapia ocupacional tem como objetivo proteger as articulações através da economia de energia articular. O tratamento cirúrgico é reservado aos pacientes idosos que não responderem bem as terapias medicamentosa e física (NERI; CARVALHO et al, 2006; CONSENSO BRASILEIRO DE ESPONDILOARTROPATIAS, ESPONDILITE E ARTRITE, 2007).

A articulação coxofemural é a mais afetada e as intervenções cirúrgicas nestas áreas são mais frequentes. As graves dores que não respondem ao tratamento conservador e/ou impotência funcional severa, provocada pelas artropatias e a necrose séptica da cabeça do fêmur causada pelo Lúpus, podem constituir indicação para a artroplastia total do quadril. O seguimento e o tratamento devem ser realizados de forma

individual, já que cada idoso pode apresentar diferentes flutuações durante o curso da sua doença. Deve-se considerar sempre o impacto que a doença causa em cada idoso dentro da sua comunidade e as implicações no ambiente familiar, além dos aspectos sociais e financeiros sobre a vida dos idosos (NERI et al, 2006; CONSENSO BRASILEIRO DE ESPONDILOARTROPATIAS, ESPONDILITE E ARTRITE, 2007).

A prevalência do trauma em idosos tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, especialmente nos centros urbanos. As quedas em idosos são consideradas um grave problema de saúde pública, em função de sua incidência, complicações e elevados custos hospitalares. Esses agravos conduzem à perda da autonomia e da independência do idoso por estarem diretamente ligadas à ocorrência de fraturas, especialmente as de quadril, $1/3$ distal do rádio e coluna. Dessa forma, a taxa de mortalidade tardia é maior para o idoso vítima de trauma, do que para o jovem, devido à combinação de lesão com maior número de comorbidades e o aparecimento de complicações pós-trauma. A possibilidade de queda e a instabilidade postural predispõem o idoso a limitar suas atividades. (BIAZIN; RODRIGUES, 2009; BUDÓ et al, 2010).

A principal causa da fragilidade óssea no idoso é a osteopenia e a osteoporose. Quando não tratada pode apresentar complicações, principalmente nas mulheres. As principais complicações são as fraturas de fêmur, vértebras e punho. Cerca de 20 a 30% dos idosos com fratura de colo de fêmur por osteoporose apresentam alterações circulatórias, respiratórias e tromboembólicas, resultando em morte dentro de dois anos após a fratura. Essas fraturas, principalmente as de fêmur, podem evoluir para a incapacidade funcional, retirando do idoso sua independência e autonomia (PAIVA et al, 2003; FORTES et al, 2008; FERNANDES et al, 2011).

São considerados fatores de risco intrínsecos que predispõem às quedas, a diminuição da força e da massa muscular, o sedentarismo, as deformidades dos pés, o efeito colateral de medicamentos, distúrbios cardiovasculares, neurológicos, pulmonares e endócrino-metabólicos. Fatores extrínsecos são situações ambientais com as quais os idosos têm que lidar em casa e na rua, tais como tapetes soltos, degraus na soleira da porta, pisos escorregadios, iluminação deficiente, móveis instáveis e deslizantes, desníveis das calçadas, escadas, animais, entre outros podem expor e favorecer a ocorrência de quedas. Em face da importância e gravidade das quedas como problema

de saúde para a população idosa, medidas devem ser tomadas, como cuidados básicos para a segurança e prevenção na ocorrência da sua ocorrência (BIAZIN; RODRIGUES, 2009; BUDÓ et al, 2010).

Durante a hospitalização as complicações decorrentes das quedas são devido à imobilização prolongada, ao maior risco de iatrogenias, doenças iatrogênicas e ao estresse, caracterizado por insônia, ansiedade, depressão, perda de confiança e síndrome do pânico, por exemplo. Os fatores que interferem no prognóstico do idoso com trauma proveniente de queda são a idade, número, tipo, gravidade das lesões, precocidade no atendimento e presença de comorbidades. A idade age isoladamente como fator determinante para as complicações (BIAZIN; RODRIGUES, 2009).

As doenças ortopédicas, na sua grande maioria, têm desenvolvimento a longo prazo. Assim, o enfermeiro deve estar apto a identificar os sinais e sintomas que acometem os pacientes ortopédicos e implementar estratégias adequadas (CAMERON; ARAÚJO, 2011a,b).

A Enfermagem Traumató-Ortopédica é uma área especializada, relacionada à assistência em situações de doenças, processos congênitos e do desenvolvimento, traumas, distúrbios metabólicos, doenças degenerativas, infecções e outros comprometimentos que atingem o sistema músculo-esquelético, articular e o tecido conjuntivo de suporte. O olhar da Enfermagem Traumató-Ortopédica para pacientes idosos inclui a prevenção, o cuidado e a reabilitação desses indivíduos, incluindo suas famílias e comunidades (CAMERON, 2010; CAMERON; ARAÚJO, 2011a, b).

Com o envelhecimento, é normal que ocorram alterações no padrão do sono e repouso dos idosos, tais como: aumento da frequência e duração da vigília noturna (aumentando a fadiga e os cochilos diurnos); menor tolerância às modificações na programação sono/vigília; maior sensibilidade ao ruído ambiental; tempo maior para conciliar o sono; redução das necessidades diárias de sono. Os problemas de sono e repouso no idoso são consequências da diminuição, com a idade, da capacidade de dormir; aumento dos problemas de respiração durante o sono; aumento da atividade mioclônica noturna, mudanças de fase do sono, com avanço de uma hora mais cedo do dia, perturbações neuropsiquiátricas particularmente depressão e demências, dor e limitação de mobilidade, com o tempo maior no leito, resultando em alteração do ritmo sono/vigília; hábito insatisfatório e errôneo e causas ambientais adversas. Todas estas alterações comprometem o sono do idoso, havendo um aumento dos fatores de risco

quando são somadas comorbidades comuns na terceira idade. Desta forma, compreende-se então porque a internação poderá intensificar negativamente este quadro, exigindo da Enfermagem intervenções específicas, tanto no sentido de tratar, como também, de prevenir estes distúrbios (FREITAS et al, 2006).

O gerenciamento adequado da dor no pós-operatório de cirurgia ortopédica em idosos deve ser o foco da atenção do enfermeiro. Consiste na avaliação da intensidade e na adoção de estratégias para diminuir o desconforto, levando em consideração as alterações físicas e emocionais, bem como do quadro doloroso relatado pelo idoso. O enfermeiro deve empenhar-se nas de formas de identificação e eliminação da dor, melhorando a qualidade da assistência prestada aos idosos. O controle adequado da dor no pós-operatório diminui o estresse físico e psicológico, além de permitir cuidados relacionados à mobilidade e movimentação (CAMERON, 2010; PAULA et al, 2011).

A mobilidade comprometida no idoso com distúrbio traumato-ortopédico é caracterizada por limitação no movimento ativo ou passivo de um ou mais segmentos corporais. Pode estar, também, relacionada ao grau de fadiga, à dor e pela rigidez articular. Entender como a condição clínica ou cirúrgica, afetam a mobilidade e os aspectos psicossociais estão relacionados, é crucial para o cuidado ao idoso. A mobilização do idoso deve ser realizada cuidadosa e precocemente pela equipe de Enfermagem. A mobilidade também é responsável pela manutenção do tônus e resistência muscular, inclusive abdominal, e a restrição de movimentos pode trazer alguns efeitos negativos. A mudança de ambiente e a falta de privacidade também interferem negativamente no funcionamento intestinal. A mobilização precoce do idoso submetido à cirurgia ortopédica é prioridade e constitui aspecto importante no processo de recuperação. Caso o idoso esteja impossibilitado de deambular, devem ser realizados exercícios ativos e passivos ainda no leito, respeitando suas restrições físicas. Quando a situação física do idoso permitir as atividades devem evoluir para a deambulação (PETROIANU, 2008; CAMERON, 2010).

O risco de infecção é mais elevado no idoso submetido à cirurgia ortopédica, principalmente na presença de comorbidades inerentes dessa faixa etária. Em tais situações, é provável que o tempo de internação seja prolongado e a possibilidade de ocorrência de complicações ou necessidade de um novo procedimento cirúrgico, evidencia a permanência do idoso em situação de risco. Além da exposição causada pela cirurgia, as lesões cutâneas, a restrição ao leito, cateteres e drenos, entre

outros dispositivos, aumentam o risco de infecções. Por isso o enfermeiro deve estar atento a qualquer sinal sugestivo de infecção. Quanto mais cedo forem tomadas as medidas necessárias para a resolução do problema, maiores são as chances de recuperação e restabelecimento do idoso. Avaliações periódicas de lesões, incisões cirúrgicas, inserção de drenos e trações, observação da pele, seguida da prescrição adequada de curativos de acordo com a evolução do paciente devem ser prioridades para o enfermeiro (SILVA; VOLPATO, 2008; PAULA et al, 2011).

O paciente idoso é mais suscetível ao comprometimento cardiopulmonar. O risco de disfunção vascular periférica é maior e vem aumentando no pós-operatório de idosos submetidos a cirurgias traumato-ortopédicas. O enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas que evidenciem esse diagnóstico. Além do procedimento cirúrgico extenso e longo, o tempo em que o idoso permanece imóvel no leito hospitalar pode resultar em trombose venosa profunda e embolia pulmonar (PETROIANU, 2008; SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008).

A reabilitação do paciente idoso submetido à cirurgia ortopédica é dependente de sua motivação, de alterações neuro-comportamentais, inclusive de memória ou de humor já existente pré trauma, bem como as dificuldades psicológicas decorrentes especificamente do acidente. Desse modo, esses fatores podem contribuir para a invalidez, imobilidade e interferir na execução das atividades da vida diária, necessitando, portanto, de atenção e cuidados especiais. A intervenção não pode ser direcionada exclusivamente para a recuperação ou adequação à limitação física, mas, têm que se estabelecer uma abordagem integrada em que o próprio idoso e o seu cuidador sejam protagonistas no processo de reabilitação. Isto permite que o paciente mobilize as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais para o processo de recuperação e reintegração social (FARO, 2006; CAMERON, 2010).

CAPÍTULO III

3. Método

É um estudo com abordagem quantitativa, exploratório, descritivo, tipo Survey. A abordagem quantitativa constitui-se de um conjunto de procedimentos ordenados, com a utilização de mecanismos de controle do estudo, onde a análise dos dados resulta da mensuração por procedimentos estatísticos e os resultados da pesquisa podem ser generalizados, o que determina a qualidade e a importância do estudo (CRESWELL, 2010). A pesquisa quantitativa pode ser veículo para testar hipóteses ou responder às questões da pesquisa (RICHARDSON et al, 2011).

Para Creswell (2010), Survey entende-se por um estudo observacional no qual o pesquisador não interfere de forma alguma e somente observa os resultados de interesse e os fatores que contribuíram para eles. É um meio para a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de um grande grupo de pessoas, referentes à uma dada população. A coleta de informações é realizada através de perguntas pré-definidas e estruturadas e geralmente obtidas sobre uma parte de população. Envolve o exame de um fenômeno em uma variedade de cenários naturais e é apropriada quando este fenômeno de interesse precisa ser estudado no seu ambiente natural (CRESWELL, 2010).

Este estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação traumato-ortopédica e ambulatorial da mesma especialidade, em um hospital geral de ensino localizado no município do Rio de Janeiro.

A coleta de dados compreendeu o período de outubro de 2011 a novembro de 2012. Os dados foram coletados de segunda à sexta feira, em um horário pré-estabelecido entre a pesquisadora e os sujeitos desta pesquisa e assim que a equipe médica decidia pela intervenção cirúrgica. No caso dos indivíduos analfabetos ou analfabetos funcionais, estabeleceu-se um horário em conjunto com o responsável acompanhante durante a hospitalização dos entrevistados.

Este projeto foi aprovado pela Instituição (APÊNDICE 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ HUPE) sob o nº 2983/2011 (ANEXO 1) e não apresenta nenhum ônus aos sujeitos ou à instituição envolvidos na pesquisa. Fica garantido o anonimato

dos sujeitos em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS).

A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) foi realizada em voz alta pela pesquisadora e, no caso de indivíduos analfabetos, analfabetos funcionais ou com limitação física para a assinatura, que compreenderam e aceitaram participar desta pesquisa, a assinatura do TCLE foi realizada pelo responsável acompanhante durante a hospitalização e/ou pela colocação da impressão do dedo polegar do indivíduo. Uma cópia impressa foi fornecida a todos os participantes do estudo.

A população deste estudo foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos à cirurgia ortopédica.

A amostra deste estudo foi constituída por 120 indivíduos. Calculou-se o tamanho da amostra para populações finitas, a partir dos dados do censo demográfico (IBGE, 2010) sobre indivíduos com mais de 60 anos residentes no Município do Rio de Janeiro.

O cálculo para o tamanho da amostra considerou um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 7,5%. Como neste estudo trabalhou-se, predominantemente, com variáveis categóricas, em que os resultados são expressos através de proporções, então, foi utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico – correspondente ao nível de confiança

p = proporção populacional de indivíduos que possuem determinada característica

q = proporção populacional de indivíduos que não possuem determinada característica

E = Margem de Erro. Indica a máxima diferença entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional.

Para 90% de confiança, o valor do Z crítico é de 1,64. Como este estudo é inédito e não temos referências de resultados de estudos anteriores, foi considerada a proporção de 50% que é a estimativa mais segura quando desconhecemos a verdadeira proporção. Deste modo, o cálculo do n ficou assim:

$$n = \frac{(1,64)^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,075^2}$$

Deste modo, obtivemos o valor de $n = 119,54$ (120).

Foram incluídos neste estudo, indivíduos de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos à cirurgia ortopédica, que aceitaram participar do estudo, que não possuíam diagnóstico de demência ou depressão clinicamente comprovados e compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados deste estudo é constituído por duas partes contendo 21 ítems que permitem relacionar informações socioeconômicas dos participantes desta pesquisa, as causas da internação, intercorrências durante a hospitalização e a demanda de necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido à cirurgia ortopédica durante os períodos de pré e pós-operatório (APÊNDICE 3).

Na primeira parte do instrumento de coleta de dados, as informações socioeconômicas consistem em: sexo, idade, estado civil, profissão, relação de dependência econômica e participação na renda familiar e foram fornecidos através de perguntas diretamente aos participantes desta pesquisa. Os dados relacionados às causas da internação, ao procedimento cirúrgico adotado e às intercorrências durante o período de hospitalização, foram coletadas nos prontuários. Esses dados caracterizaram a primeira parte do instrumento de coleta de dados.

Na segunda parte do instrumento, os itens apontam em quais atividades básicas e instrumentais da vida diária os indivíduos pesquisados necessitam da presença do cuidador para a sua execução. As atividades pesquisadas foram: auxílio nas refeições, na higiene, no vestuário, na locomoção, na mobilização, em atividades fora do lar, na administração de medicamentos, nas tarefas domiciliares, no compartilhamento de problemas e preocupações, no acompanhamento às consultas com profissionais de saúde e na realização de curativos. Os dados foram coletados em duas etapas: a primeira etapa ocorreu no pré-operatório imediato e na segunda etapa, os dados foram coletados no ambulatório, de durante o primeiro retorno, para a revisão cirúrgica após a alta hospitalar.

A análise dos dados foi realizada utilizando o pacote estatístico SPSS 11.5 para montar o banco de dados com as variáveis relativas às informações, assim como a realização dos cálculos de frequência para a análise descritiva. Foi realizado o teste de significância estatística na segunda parte do instrumento de coleta de dados medida pelo teste de proporção para dados pareados (períodos pré e pós-operatório). O nível de

significância adotado neste estudo foi de 5% e foram considerados significativos os valores com p descritivo menor ou igual a 0,05.

Todo material coletado será guardado por cinco anos após a defesa desta dissertação de Mestrado e destruído após esse período. Esses dados poderão ser usados em livros, artigos, eventos científicos, e qualquer outra forma de propagação científica, salvaguardando o anonimato dos sujeitos.

CAPÍTULO IV

4. Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados da coleta de dados realizada entre os meses de outubro de 2011 e novembro de 2012. Durante este período foram admitidos no cenário desta pesquisa, 463 indivíduos, dos quais 129 tinham mais de 60 anos. Desses, 09 não se enquadravam nos critérios de inclusão, isto é: 04 apresentavam doença demencial comprovada por diagnóstico médico, 02 apresentavam comprometimento cognitivo e 03 recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma, atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, 120 indivíduos no perioperatório com mais de 60 anos de idade e de ambos os sexos.

Categoria 1: Informações socioeconômicas

Nesta categoria estão apresentados os dados relacionados às informações socioeconômicas dos participantes desta pesquisa: gênero, idade, estado civil, profissão ou ocupação, dependência econômica e participação na renda familiar.

Com o interesse de conhecer a distribuição de frequência de faixa etária entre os gêneros, foi elaborada a Tabela a seguir:

Tabela 1. Distribuição de frequências do gênero e faixa etária de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Gênero	Feminino	Masculino	Total
Faixa etária	n	n	n (%)
60 + 65	25	14	39 (32,5)
65 + 70	18	09	27 (22,5)
70 + 75	15	07	22 (18,3)
75 + 80	09	05	14 (11,7)
80 + 85	10	04	14 (11,7)
85 + 90	03	01	4 (3,3)
Total	80	40	120 (100)

A idade dos 120 participantes desta pesquisa variou de 60 a 89 e a média foi 69,9 anos. 80 indivíduos são do gênero feminino. A maior frequência dos indivíduos de

ambos os gêneros localizou-se na faixa etária que variava entre 60 a 64 anos de idade. No entanto, percebe-se que mais da metade desses indivíduos encontra-se com idade entre 60 e 69 anos. Obviamente, a faixa etária mais extrema apresenta uma frequência menor de indivíduos por questões de longevidade populacional.

Com relação ao estado civil, os dados são apresentados na Tabela 2:

Tabela 2. Distribuição de frequências do estado civil em uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Estado civil	n	%
Casado	68	56,7
Solteiro	36	30,0
Viúvo	11	9,2
Divorciado ou desquitado	05	4,1
Total	120	100

Na Tabela acima, percebe-se uma prevalência de indivíduos casados (56,7%), seguidos pelos solteiros (30,0%), viúvos (9,2%) e divorciados ou desquitados (4,1%).

Tabela 3. Distribuição de frequência de profissões/ocupações de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro – RJ, 2013.

Profissão/ocupação	n	%
Aposentado ou pensionista	61	50,8
Do lar	37	31,0
Doméstica ou faxineira	10	8,3
Comerciante ou comerciante	03	2,5
Taxista	01	0,83
Alfaiate	01	0,83
Autônomo	01	0,83
Cabeleireira	01	0,83
Costureira	01	0,83
Professor	01	0,83
Restaurador de antiguidades	01	0,83
Motorista profissional	01	0,83
Pedreiro	01	0,83
Total	120	100,0

Os dados acima demonstram que há predominância de aposentados e pensionistas (50,8%), o que é de se esperar quando se relaciona com a faixa etária em estudo. As maiores frequências seguem em: trabalhadores do lar (31%), domésticas e faxineiras (8,3%) e comerciantes ou comerciantes (2,5%). Os demais com 0,83% são: alfaiate, autônomo, cabeleireira, professor, costureira, restaurador de antiguidades, taxista, motorista profissional e pedreiro.

Com relação ao estado de dependência econômica, os dados são apresentados na Tabela 4:

Tabela 4. Distribuição de frequências do estado de dependência econômica de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Grau de dependência econômica	n	%
Independente	56	46,7
Dependente	64	53,3
Total	120	100

Os dados apontam uma frequência maior entre os participantes que se referiam como dependentes econômicos (53,3%) quando comparados àqueles independentes economicamente (46,7%).

Com relação à participação financeira na renda familiar, os dados são apresentados na Tabela 5, como a seguir:

Tabela 5. Distribuição de frequências da participação financeira na renda familiar de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Participação financeira na renda familiar	n	%
Sim	83	69,2
Não	37	30,8
Total	120	100

Mais de dois terços dos participantes desta pesquisa, 83 indivíduos, participam financeiramente da renda família.

Categoria 2: Aspectos relacionados à hospitalização

Nesta categoria estão apresentados os dados relacionados à hospitalização dos indivíduos que participaram desta pesquisa: causas da internação, procedimentos cirúrgicos à que foram submetidos e suas intercorrências.

As causas da internação dos 120 participantes desta pesquisa estão listadas na Tabela 6:

Tabela 6. Distribuição de frequências das causas de internação de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Causas da internação (localização)	n	%
Membros superiores		
Fraturas	18	15,1
Dedo em gatilho	15	12,7

Síndrome do túnel do carpo	21	17,8
Cisto sinovial	01	0,8
Neuroma	01	0,8
Luxação	01	0,8
Lesão do tendão da mão	05	4,4
Infecção	02	1,7
Tumor	04	3,4
Corpo estranho	01	0,8
Coluna vertebral		
Compressão medular	01	0,8
Tuberculose	01	0,8
Membros inferiores e quadril		
Fraturas	32	25,7
Revisão cirúrgica	02	1,7
Coxartrose	01	0,8
Gonartrose	09	7,6
Infecção	05	4,2
Total	120	100

As causas de internação localizadas nos membros superiores apresentaram a maior frequência entre as pesquisadas (69 casos), seguidas das localizadas nos membros inferiores e quadril (49) e, com menor frequência as localizadas na coluna (02 casos). A síndrome do túnel do carpo (17,8%) e as fraturas localizadas nos membros inferiores e quadril, apresentaram a maior frequência (25,7%). As fraturas foram responsáveis por 40,8% das internações entre os indivíduos pesquisados.

Com relação aos procedimentos cirúrgicos realizados, os dados na Tabela 7, indicam que:

Tabela 7. Distribuição de frequências dos procedimentos cirúrgicos de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Procedimento cirúrgico	n	%
Tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo	21	17,5
Tratamento cirúrgico do dedo em gatilho	15	12,5
Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur	14	11,6
Artroplastia de quadril	09	7,5
Artroplastia de joelho	09	7,5
Tratamento cirúrgico de fratura do rádio	08	6,6
Tratamento cirúrgico de fratura da mão ou punho	05	4,2
Tratamento cirúrgico de lesão do tendão na mão	05	4,2
Tratamento cirúrgico de fratura do úmero	04	3,3
Retirada de tumor volar na mão	03	2,5
Tratamento cirúrgico de fratura do côndilo	03	2,5
Tratamento cirúrgico de fratura do tornozelo	03	2,5

Limpeza mecânica de infecção no fêmur	03	2,5
Tratamento cirúrgico de fratura da patela	02	1,7
Revisão cirúrgica de implante no fêmur	02	1,7
Limpeza mecânica de infecção na mão	02	1,7
Biópsia da coluna	02	1,7
Tratamento cirúrgico de fratura da escápula	01	0,83
Ressecção de cisto sinovial	01	0,83
Ressecção de neuroma no rádio	01	0,83
Tratamento cirúrgico de luxação do dedo da mão	01	0,83
Retirada cirúrgica de agulha em polegar	01	0,83
Retirada de tumores no punho	01	0,83
Osteotomia do fêmur	01	0,83
Osteotomia da patela	01	0,83
Amputação supra-patelar	01	0,83
Desarticulação do fêmur	01	0,83
Total	120	100

Os dados indicam que os procedimentos cirúrgicos realizados com maior frequência em 50% dos participantes desta pesquisa foram: tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo (21 indivíduos), tratamento cirúrgico do dedo em gatilho (15) e tratamento cirúrgico de fratura do fêmur (14).

Dos 120 participantes desta pesquisa, 7 apresentaram uma ou mais complicações pós-operatórias durante a hospitalização, a saber:

Quadro 1. Complicações pós-operatórias durante a hospitalização de 07 participantes. Rio de Janeiro – RJ, 2013.

Tipos de complicações	n
Infecção urinária	04
Pneumonia	04
Infecção no sítio cirúrgico	04
Hipertensão arterial sistêmica	01
Insuficiência renal aguda	01
Insuficiência cardíaca congestiva	01
Total	15

Infecção urinária, pneumonia e infecção no sítio cirúrgico, se manifestaram com mais frequência, seguidas de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal aguda e insuficiência cardíaca congestiva.

Categoria 3: Necessidades de cuidados realizados pelos cuidadores.

Nesta categoria são apresentados os dados relacionados aos cuidadores e as necessidades de cuidados realizados por eles para os participantes desta pesquisa, no pré e pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

Com o interesse em conhecer a relação dos indivíduos pesquisados com seus cuidadores, foi elaborada a Tabela 8:

Tabela 8. Distribuição de frequências de relação com os cuidadores, de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Relação/parentesco	n	%
Familiares	108	90,0
Amigos (as)	08	6,7
Profissionais cuidadores	04	3,3
Total	120	100

Os dados apontam 90% dos cuidadores dos participantes desta pesquisa são familiares, seguidos pelos amigos (6,7%) e por último por cuidadores profissionais (3,3%).

O Quadro 2 apresenta as demandas de cuidados pelos cuidadores para os participantes desta pesquisa no pré e pós operatório.

Quadro 2. Distribuição da necessidade de cuidados realizados pelos cuidadores de uma amostra de 120 indivíduos. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

Atividades	Período	Pré-operatório n	Pós-operatório n	p*
Auxílio para as refeições		32	89	0,00025
Auxílio para a higiene		24	70	0,00025
Auxílio para o vestuário		27	97	0,000265
Auxílio para a locomoção		24	70	0,00025
Auxílio para a mobilização		20	58	0,000255
Auxílio para as atividades fora do lar		76	102	0,0153
Auxílio na administração de medicamentos		38	81	0,00027
Compartilhamento de problemas e preocupações		118	119	0,46947
Acompanhamento às consultas com profissionais da saúde		116	119	0,43788
Auxílio para as realização de curativos		109	120	0,215765
Auxílio nas tarefas domiciliares		78	114	0,00377

*p < 0,05.

A análise do Quadro acima demonstra que a maior parte dos idosos desempenha as suas atividades de vida diária de forma independente de um cuidador no período pré-operatório de cirurgia ortopédica. Nesse período, atividades como compartilhamento dos problemas. No período pré-operatório de cirurgia ortopédica as maiores necessidades de cuidados por cuidadores foram: compartilhamento de problemas e preocupações (98%), acompanhamento à consultas (96,7%), auxílio na realização de curativos (90,8%), auxílio nas tarefas domésticas (65%) e auxílio para atividades fora do lar (63,3%). Os demais cuidados variaram de 16,5% a 31,7% dos indivíduos pesquisados. No período pós-operatório esse valores, aumentaram para os seguintes valores: auxílio para a realização de curativos (100%), compartilhamento de problemas e preocupações e acompanhamento à consultas (99,2%, cada), auxílio nas tarefas domésticas (95%), auxílio para atividades fora do lar (85%), auxílio para vestir-se (80,8%), auxílio para as refeições (74,3%), auxílio para a higiene e auxílio para locomoção (70%, cada), auxílio com a medicação (67,5%) e auxílio na mobilização (48,3%).

As diferenças apresentadas entre pré e pós-operatório ortopédico dos indivíduos aqui pesquisados quanto à necessidade de demanda de cuidados prestados por um cuidador foram significativas ($p < 0,05$) em todas as atividades com exceção de: compartilhamento de problemas e preocupações, acompanhamento à consultas e auxílio para a realização de curativos, que já apresentavam grau de incidência elevado durante o período pré-operatório. Este fato é pertinente, haja visto que a cirurgia ortopédica promove a restrição de movimentos demandando auxílio para a realização das atividades da vida diária.

CAPÍTULO V

5. Discussão

O envelhecimento populacional brasileiro tem repercussões diretas com o aumento no contexto socioeconômico dos idosos, inclusive da mudança de perfil de adoecimento, promovendo impacto nas diversas formas de se prestar assistência, gerando uma tentativa de atender às necessidades destes indivíduos no que se relaciona à saúde e bem estar, valorizando a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social (ZOBOLI, 2007; FERNANDES; SOARES, 2013).

As mudanças resultantes do processo de envelhecimento, inclusive com o aumento da expectativa de vida dos idosos mais velhos, fez destacar a figura do cuidador, cuja prestação de cuidados e auxílios, sofre influência direta do grau de incapacidade e dependência do idoso.

A presença de pacientes idosos é uma realidade em unidades de internação traumato-ortopédicas, cujo tratamento requer acompanhamento e cuidados constantes e de longo prazo. A idade associada ao comprometimento físico podem gerar incapacidades que afetem a funcionalidade desses indivíduos, comprometendo o desempenho de suas atividades diárias de forma independente. O aumento do número de idosos hospitalizados destacou a presença, garantida legalmente, de seu cuidador formal ou informal no ambiente hospitalar estabelecendo uma nova relação entre equipe de saúde, paciente e cuidador.

A Enfermagem Traumato-Ortopédica tem papel importante na identificação das necessidades individuais dos idosos com distúrbios traumato-ortopédicos e dos cuidados a serem prestados durante o processo de hospitalização e recuperação. Essa assistência é permeada pela competência, pela busca de um atendimento de qualidade, com conhecimento técnico e científico apropriado, que inclui a prevenção e a reabilitação. Dessa forma, é de extrema relevância que a equipe de enfermagem traumato-ortopédica esteja preparada para reconhecer o papel fundamental que o cuidador exerce no processo de restabelecimento da saúde desses idosos (CAMERON, 2010).

A cirurgia ortopédica promove importantes impactos físicos, emocionais e sociais na vida do paciente idoso e a figura do cuidador domiciliar tem papel fundamental no seu cotidiano e na sua recuperação. Por isso, conhecer as limitações e necessidades do paciente no domicílio para incorporar o cuidador em processos de orientação e treinamento para os cuidados pós-operatórios, significa reconhecê-lo como um parceiro importante na restauração da saúde do idoso. Nesse contexto, foi desenvolvido este estudo que objetiva apontar informações socioeconômicas e cirúrgicas do idoso submetido à cirurgia ortopédica e identificar as demandas de necessidades de cuidados realizados pelo cuidador do idoso no pré e pós-operatório de cirurgia ortopédica.

Para realizar este estudo, foram coletados dados com 120 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, durante o pré e pós-operatório de cirurgia ortopédica em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro.

Dos 120 participantes desta pesquisa, 80 (66,66%) eram mulheres. Esses dados estão de acordo com a literatura que apontam a feminilização da velhice, resultante de uma expectativa de vida cerca de 8 anos maior que a do homem. Isso se deve, principalmente, ao acompanhamento de saúde contínuo e ao alto índice de mortes violenta entre os homens mais jovens (KÜCHEMANN, 2012). Em virtude dessa longevidade, as mulheres idosas estão mais suscetíveis a eventos que produzem debilidade física e, conseqüentemente, maior dependência para determinadas atividades diárias.

As idades em ambos os gêneros variaram entre 60 e 89 anos e a média foi 69,9 anos. A maior frequência dos indivíduos localizou-se na faixa etária que variava entre 60 a 64 anos de idade. No entanto, percebe-se que mais da metade do total, encontra-se com idade entre 60 e 69 anos. 53,75% do total de mulheres e 57,5% do total de homens tem menos de 70 anos, demonstrando a maior suscetibilidade nessa faixa etária à distúrbios traumato-ortopédicos. Por questões de longevidade populacional, a faixa etária mais extrema em ambos os gêneros apresenta uma frequência menor de indivíduos.

Esses dados confirmam estudos já realizados que os idosos na faixa etária de 60 a 65 anos de idade são a parcela idosa da população mais usuária do sistema de saúde. O aumento da demanda desse grupo por serviços de saúde constitui um dos maiores desafios para as Políticas de Saúde, gerando impactos econômicos de grande porte para o país, especialmente no que refere à hospitalização. Os inúmeros transtornos

à saúde dessa população relacionadas às comorbidades inerentes à idade, aumentam a média de permanência hospitalar (CARVALHO; WONG, 2008; IBGE, 2010).

Nesse contexto, a equipe de saúde, notadamente em unidades de internação traumato-ortopédicas devem estar preparadas, para atender a uma demanda de pacientes com idades cada vez mais avançadas, com diferentes comprometimentos de saúde e que necessitam da presença das pessoas que participam cotidianamente da sua vida, para auxílio e realização de algumas de suas atividades. Esses indivíduos, cuidadores formais ou informais, devem ser incluídos no planejamento da assistência à saúde desse idoso, de forma a garantir a manutenção e o restabelecimento da sua saúde.

A maioria dos indivíduos que participaram deste estudo declara ser casado (56,7%). No entanto, os demais relatam como estado civil, solteiros (30,0%), viúvos (9,2%) e divorciados ou desquitados (4,1%). Como a expectativa de vida das mulheres é maior quando comparada aos homens e dada a maior probabilidade de recasamento entre os homens, a condição de viver só ocorre com maior frequência entre as mulheres. Quando o idoso está inserido num núcleo familiar, ou uma rede de suporte social, estabelecem-se eficientes relações e trocas nesses ambientes, reduzindo o isolamento funcional, o risco de agravos à saúde, de problemas de emocional, diminuindo a vulnerabilidade e aumentando a sobrevida desses indivíduos (IBGE, 2010; CAMARRANO et al, 2010; 2011; LUIZAGA; VIEIRA; NOBRE, 2012; GOTLIEB, 2013; DIAS et al, 2013).

Os idosos no Brasil não vivem sozinhos, pois o seu bem estar e o exercício de sua cidadania são garantidos pela sociedade, através de equipamentos sociais e serviços à sua disposição (KÜCHEMANN, 2012). Ainda que a pessoa idosa habite sozinha, há um núcleo, com multiplicidade de nomenclaturas para designar “família” como “arranjos familiares” ou “contextos familiares”, que se equipara juridicamente à família na sua concepção lato sensu (ROCHA; LIMA, 2012). A questão do estado civil não resulta em uma situação de viver sozinho ou não, pois os idosos podem viver sozinhos e ter garantida a participação ativa de algum cuidador(es) para a sua supervisão ou auxílio nas atividades diárias. No entanto, é uma informação importante para se identificar condições de riscos e nelas se planejar alguma forma de intervenção.

Cerca de metade dos idosos que participaram desta pesquisa estão aposentados ou pensionistas. A redução da capacidade funcional e o aumento da fragilidade a partir do afastamento das suas atividades laborais resultante da redução da atividade física e das relações sociais estabelecidas no cotidiano de trabalho e a redução

dos rendimentos, promove o isolamento, a restrição às relações familiares e diminuição das atividades. Esse impacto aumenta quando esse idoso é portador de algum comprometimento à saúde que o impeça de executar com independência as suas atividades (IBGE, 2009; DIAS et al, 2011; TRIBESS et al, 2012). Por outro lado, a manutenção das atividades laborais por idosos, os expõem a risco aumentado de acidentes ou doenças, seja por causas ambientais ou físicas, principalmente entre os participantes desta pesquisa, que se dividiram em: trabalhadores do lar (37), domésticas ou faxineiras (10) comerciantes ou comerciários (3) e taxista, alfaiate, autônomo, cabelereira, costureira, professor, restaurador de antiguidades, motorista e pedreiro (1, cada). Em todas essas profissões ou ocupações, lesões musculoesqueléticas e articulares e propensões a traumas estão bem documentadas.

Nesta pesquisa, 64 (53,3%) dos idosos pesquisados apontaram que apresentam algum grau de dependência econômica de outras pessoas. Para Rocha e Lima (2012), problemas de natureza econômica e emocional, são motivação para permanentes mudanças. Este fato é visível, quando analisamos, em conjunto, os dados em que os participantes desta pesquisa apontam que 69,2% deles (83) participam financeiramente da renda familiar. Isso demonstra uma relação de viés econômico de distribuição de recursos financeiros, mostrando que uma significativa porcentagem de idosos são também, provedores das suas famílias, independente de suas dificuldades econômicas.

O envelhecimento aumenta a susceptibilidade para enfermidades e incapacidades. São especialmente vulneráveis: mulheres idosas, sobretudo solteiras e viúvas; os que não possuem uma rede de suporte e apoio social; os isolados socialmente e os com recursos financeiros escassos. Nessas condições, o tamanho da família, a mortalidade, a viuvez, as separações, os recasamentos e as migrações, vão ao longo do tempo, formando arranjos familiares, que com a passagem do tempo adquirem características específicas que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situações de segurança ou vulnerabilidade, influenciando sua qualidade de vida e capacidade funcional (KHOURY et al, 2010; ALMEIDA, 2012).

Com relação à causa de internação, este estudo aponta que dos 120 idosos, 50 foram hospitalizados por fraturas e 1 por luxação. O trauma em idosos é um grave problema de saúde pública pois determina morbidade e mortalidade maior que em outras faixas etárias. A maioria é vítima de traumas leves, pelas próprias restrições físicas. Além de uma maior propensão a quedas, os idosos também apresentam: menor

defesa ao cair pelas limitações na movimentação e pela diminuição dos reflexos; menor quantidade de massa magra; maior perda de massa óssea devido à redução de estrógeno em mulheres ou presença de osteoporose; maior prevalência de doenças crônicas; maior exposição a atividades domésticas e comportamento de maior risco; uso de medicações que interferem com o equilíbrio; diminuição da força muscular e da elasticidade; prejuízo da estabilidade e dinâmica articular; alterações dos sistemas sensorial, vestibular e somatossensorial e nervoso que implicam em comprometimento dos mecanismos de controle postural, alterando a postura, marcha e equilíbrio; dificuldade de adaptação ao ambiente, entre outros fatores. Por vezes, a demora na procura por tratamento apropriado e agrava ainda mais a situação. O trauma, nessas condições, está associado a fatores de risco bem estabelecidos e medidas de prevenção podem efetivamente diminuir a frequência destas ocorrências (PARREIRA et al, 2010; CRUZ et al, 2012; CAVALCANTE et al, 2012; RODRIGUES; CIOSAK, 2012; ACIOLE; BATISTA, 2013; DEL DUCA et al, 2013).

As fraturas e suas complicações são sequelas clínicas relevantes geralmente relacionadas à osteoporose em idosos. As localizações mais comuns são as vertebrais, as do fêmur proximal e do antebraço distal. A osteoporose entre idosos provavelmente é uma das mais importantes causas de fraturas por traumas inclusive os de baixa energia. Afeta indivíduos de ambos os sexos, independente da raça e com prevalência que aumenta com a idade. São considerados fatores de riscos importantes relacionados à osteoporose: suscetibilidade aumentada em mulheres com idade superior a 65 e homens com mais de 70 anos; história prévia ou familiar de fratura em idosos; tabagismo; ingestão de álcool; uso contínuo ou por longo prazo de glicocorticoide; baixa densitometria óssea do colo de fêmur; artrite reumatóide; comprometimento da absorção intestinal; entre outros. As fraturas podem ser seguidas de recuperação completa, dor, incapacidade e morte. Também causar comprometimento psicológico, geralmente depressão e perda de autoestima. A presença de dor promove limitações físicas e de estilo de vida e redução da atividade por medo de novas quedas. A elevada morbidade e dependência associada à essas fraturas podem prejudicar as relações sociais e interpessoais para os pacientes e suas famílias (NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2010; NETO et al, 2011).

Dos 120 participantes desta pesquisa, 10 foram hospitalizados por coxartrose ou gonartrose. No idoso, a osteoartrose é a doença articular mais prevalente e a principal causa de incapacidade funcional. O risco de incapacidade decorrente da

osteoartrite é extremamente alta. O objetivo do tratamento é a melhora da dor, da função e da qualidade de vida relacionada à saúde. Caracteriza-se por uma insuficiência da cartilagem articular decorrente de fatores mecânicos, genéticos, hormonais, ósseos e metabólicos, que acarretam um desequilíbrio entre a degradação e a síntese da cartilagem articular e do osso subcondral (CAMANHO; IMAMURA; ARENDT-NIELSEN, 2011). As outras causas de internação dos participantes desta pesquisa foram: 8 por infecção; 4 por tumores; 2 para revisão cirúrgica, 1 para retirada de corpo estranho e 44 por diversas afecções de mão, punho e coluna.

Para essas condições, os procedimentos cirúrgicos implementados foram: tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo e do dedo em gatilho (36 casos), osteossínteses (40), artroplastias (18), tenorrafias (5), retiradas de tumor (3), limpezas mecânicas (5), revisões cirúrgicas (2), biópsias (2), ressecções de cisto, neuroma e tumores (3), osteotomias (2), amputações (2), retirada de corpo estranho (1) e redução de luxação (1).

As cirurgias ortopédicas a que foram submetidos os participantes deste estudo, apresentaram diferentes graus de complexidades e de limitações e restrições no pós-operatório e reabilitação. A evolução das técnicas cirúrgicas permitiu desenvolver intervenções cada vez menos agressivas com o principal objetivo de tentar diminuir a dor e o tempo de recuperação, minimizar complicações e maior recuperação da funcionalidade possível. Nos idosos, fatores como um apropriado preparo pré-operatório, controle das doenças associadas, cirurgias realizadas no menor tempo possível, controle rigoroso da estabilidade hemodinâmica no pós-operatório, mobilização precoce, preparo eficiente para alta hospitalar e reabilitação, possibilitam uma recuperação mais rápida do estado funcional, o retorno às atividades diárias, menores índices de reinternação e maior independência, mesmo com limitações físicas.

Nesse contexto de cuidado, o enfermeiro introduz o cuidador, formal ou informal, no seu planejamento da assistência. A partir do diagnóstico dos problemas do paciente relacionados com o período pós-operatório e de reabilitação, ele deve propor orientações e treinamento do cuidador para as atividades no domicílio.

Não só o custo físico, mas também social e econômico de uma cirurgia ortopédica são elevados, já que após um período variável de internação o paciente idoso enfrenta altas taxas de morbimortalidade, principalmente nas cirurgias de grande porte, tornando-os vulneráveis. Os dias prolongados de internação podem contribuir para o

aparecimento de complicações, influenciar no prognóstico dessas cirurgias e, principalmente, contribuir para o declínio funcional (MONTEIRO; FARO, 2010).

A cirurgia ortopédica vem se tornando mais frequente e mais complexa em pacientes idosos nos quais a condição clínica pré-operatória pode variar inclusive conforme o tipo de afecção do paciente. Neste estudo, a condição de saúde de alguns dos participantes, levou a presença de algumas intercorrências durante o período de hospitalização, tais como: infecção urinária (4 casos), pneumonias (4), infecção no sítio cirúrgico (4), hipertensão arterial sistêmica (1), insuficiência renal aguda (1) e insuficiência cardíaca congestiva (1).

O cuidado na identificação e controle dos eventos clínicos pré-existentes e o controle quanto à possibilidade de complicações tais como: trombose, embolia pulmonar, comprometimento de outros órgãos, infecções, doenças metabólicas, delirium, úlceras por pressão, entre outras, devem estabelecer a garantia de controle rigoroso do estado de saúde e resposta perioperatória dos pacientes idosos (KATZ et al, 2008; CUNHA et al, 2008; LIMA et al, 2009; LEME; SITTA; TOLEDO; HENRIQUES, 2011).

As mudanças impostas pelo envelhecimento promovem incapacidades, alterando suas funções, reações e condições em lidar com o ambiente externo. De uma forma geral, o idoso perde a sua potencialidade para algumas atividades, principalmente nas instrumentais da vida diária, passando a necessitar do auxílio de terceiros. Nesse contexto, surge a figura do cuidador, formal ou informal. Todos os participantes desta pesquisa necessitavam de cuidadores que lhes auxiliavam em algumas de suas atividades cotidianas. Em 108 dos casos, eram familiares (90%); 08 eram amigos e 04 eram cuidadores profissionais.

Não é mero acaso encontrar na família um importante espaço de cuidado ao idoso com distúrbio ortopédico. Estudos demonstram que a participação familiar como cuidadores pode ser explicada pelas seguintes relações: as mulheres preferem os membros da própria família e os homens preferem ser cuidados pelas suas próprias esposas. As mulheres possuem redes sociais maiores e multifacetadas, percebem melhor a disponibilidade para o suporte, fornecem mais suporte e possuem melhores habilidades interpessoais que os homens. As redes de suporte e apoio social são fortes aliados para a manutenção da qualidade da vida nos idosos e importantes instrumentos na velhice, já que elas fornecem apoio emocional e acolhimento, auxiliam nos momentos de doença, oferecem bem-estar e melhoram a qualidade de vida dos idosos.

Os profissionais de saúde, em especial a equipe de Enfermagem, devem reconhecer e atuar como facilitadores na construção e reconstrução, manutenção e ampliação das relações de cuidado durante a hospitalização e recuperação desses indivíduos (KARSCH, 2003; NAVARRO; MARCON, 2006; CUNHA et al, 2008; LIMA; BUENO, 2009; DIAS et al, 2011; NASCIMENTO et al, 2012; RODRIGUES; CIOSAK, 2012; NASCIMENTO et al, 2012).

As limitações físicas do idoso, por si só, não devem representar obstáculos a ponto de comprometer a qualidade de vida. A incapacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, produzirá a reestruturação para se adequar às situações que se apresentam e o idoso conta com o auxílio do cuidador para a realização e atendimento às suas necessidades. No entanto, o cuidador pode não estar preparado para assumir o desafio de cuidar de um idoso com incapacidades no perioperatório ortopédico. É nesse processo que os profissionais de saúde devem reconhecer a necessidade de demanda de cuidados do idoso e preparar o seu cuidador para o atendimento domiciliar.

Neste estudo listamos as seguintes atividades básicas e instrumentais da vida diária nas quais os idosos participantes deste estudo necessitam o auxílio dos cuidadores, tanto no pré quanto no pós-operatório de cirurgias ortopédicas: auxílio para as refeições, auxílio para a higiene; auxílio para o vestuário; auxílio para a locomoção; auxílio para a mobilização; auxílio para as atividades fora do lar; auxílio na administração de medicamentos; compartilhamento de problemas e preocupações; acompanhamento às consultas com profissionais de saúde; auxílio para a realização de curativos; e auxílio nas tarefas domiciliares.

A seguir, serão discutidas as demandas de cuidados pelo cuidador das atividades onde as diferenças entre o pré e pós-operatória não foram significativas ($p>0,05$).

Dos 120 participantes desta pesquisa, 118 no pré-operatório e 119 no pós-operatório apontaram o compartilhamento de problemas e preocupações com seu cuidador. Para que o idoso se sinta amparado e enfrente as adversidades relacionadas ao seu estado de saúde e mantenha efetiva e eficiente a sua relação com seu cuidador, é fundamental que exista uma relação que se estabeleça como segura para o compartilhamento de suas idéias, preocupações, desejos, medos. Estes dados demonstram que não há necessidade de ser um membro da família ou amigo para que as necessidades do idoso com relação à este item sejam atendidas. O que se estabelece aqui

é uma relação de confiança e parceria entre cuidador e o idoso com distúrbio traumato-ortopédico.

Cultivar a confiança do indivíduo através do respeito e da empatia proporciona um relacionamento que favorece a diminuição da ansiedade do idoso enfermo (SILVA, 2008).

Com relação ao acompanhamento às consultas com os profissionais de saúde, 116 indivíduos no pré-operatório e 119 nos pós-operatório, relataram a necessidade da presença do cuidador. Nestes casos, vários componentes podem influenciar essa situação: possíveis limitações de memória relacionadas ao tratamento e condição de saúde, dificuldade de deslocamento, necessidade de compartilhar as orientações profissionais, redução do risco de acidentes no trajeto, entre outras.

Como a acuidade visual e auditiva diminuídas, a função cognitiva comprometida, as alterações na memória e a lembrança por fatos recentes, sofrem alterações no envelhecimento, podem comprometer a efetividade do tratamento, necessitando que o idoso seja acompanhado por pessoa responsável pelo seu cuidado (MAÑAS et al, 2005; KAWASAKI; DIOGO, 2005; LANG et al, 2007; ASTIZ et al, 2008; WONG; MILLER, 2008; GILLIS; McDONALD, 2005; SANTOS et al, 2013).

Todos os 120 participantes desta pesquisa necessitaram do auxílio de seus cuidadores para a relação dos curativos no pós-operatório. No pré-operatório, esse valor era 109. A realização de curativos depende de diversos fatores que podem influenciar esses resultados: acesso à ferida cirúrgica, destreza manual e disponibilidade emocional para realizá-lo.

O paciente idoso ortopédico requer uma atenção especial quando se trata de lesões de pele. Por apresentar de forma agregada ou isolada ferimentos de etiologia cirúrgica, traumática e crônica, pode necessitar do auxílio do cuidador para a realização de seu curativo. Fatores como a idade, integridade da pele, estado nutricional, posicionamento prolongado no leito e alterações na mobilidade, que nos idosos com distúrbios traumato-ortopédicos são frequentes, interferem diretamente na evolução das feridas, aumentando o risco de infecções, a necessidade de reinternação, aumento dos custos do tratamento e maiores riscos de complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SILVA; VOLPATO, 2008).

Com relação às demandas de cuidados pelo cuidador onde as diferenças entre o pré e pós-operatória foram fortemente significativas, são listadas a seguir. Esses

dados apontam que a partir da intervenção cirúrgica ortopédica, uma demanda maior de cuidados passou a ser realizada pelo cuidador.

No período pré-operatório, 32 participantes relataram necessitar de auxílio do cuidador para as refeições. No pós-operatório, essa quantidade aumentou para 89. Entre as atividades relacionadas às refeições estão o preparo, a organização e o oferecimento da alimentação. As maior parte dos procedimentos ortopédicos realizados, restringem de alguma forma a mobilização necessárias para o preparo seguro dos das refeições.

A maioria dos idosos, apresentam declínio do olfato e da gustação, o que afeta diretamente a nutrição, já que tornam o alimento menos prazeroso e desejado pelo idoso. Também podem apresentar dificuldades no processo de mastigação e deglutição o que os torna mais suscetível a complicações decorrentes da diminuição do consumo de alimentos, reforçando a necessidade de estímulos diários por parte do cuidador. Como a alimentação é um fator relevante na gênese da qualidade do estado nutricional do idoso em recuperação de cirurgia ortopédica. Nesses termos, é importante que o cuidador avalie e monitore o consumo alimentar nos idosos, pois o envelhecimento saudável está associado, a uma alimentação adequada à manutenção do estado nutricional (SALGADO, 2002; BHUTTO; MORLEY, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SASS; MARCON; 2012).

Com relação à auxílio para a higiene, 24 participantes necessitavam do cuidador no pré-operatório e 70 no pós-operatório. Para o auxílio com a higiene é necessário que o cuidador esteja atento não só para as condições de segurança mas também para o respeito à intimidade do paciente.

Condições de saúde inerentes ao processo de envelhecimento alteram naturalmente a capacidade de cuidar da higiene corporal e agravam quando relacionadas a comorbidades ou procedimentos cirúrgicos, associados à perda da coordenação, destreza e equilíbrio necessários, o que os tornam mais vulneráveis aos problemas de dependência em relação a essa atividade (NUNES; PORTELA, 2003; CORREIA et al, 2008).

O auxílio para vestir-se também aumentou entre o pré (27 indivíduos) e o pós-operatório (97), o que é esperado, visto que, dependendo da cirurgia a que o idoso foi submetido, existem restrições à mobilização do local ou impedimentos por imobilizações.

O vestuário desempenha importante papel no bem-estar psicológico desses indivíduos. Estar arrumado apropriadamente proporciona segurança e autoconfiança, além de manter a identidade. A manutenção da habilidade para o autocuidado é preditora de maior funcionalidade e menor mortalidade entre idosos, devendo-se reconhecer a importância de adaptações adotadas pelos idosos e cuidadores que visem a manutenção da independência funcional nas atividades de vida diária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; ANDRADE et al, 2012).

Cuidados específicos devem ser tomados quando se trata de auxílio à locomoção do idoso (24 no pré-operatório e 70 no pós-operatório) para que o seu deslocamento ocorra em segurança. Movimentos lentos, “casa segura”, suportes apropriados, calçados adequados, apoio corporal correto, são alguns cuidados que devem ser observados pelo cuidador.

Como atividades relacionadas à mobilização (sentar, levantar, deitar, mudar de posição), houve um aumento de indivíduos que necessitavam desses cuidados no pré-operatório (20) para o pós-operatório (58). O movimento lentificado do idoso, o equilíbrio comprometido, a presença de dor, entre outros eventos no pós-operatório fazem com que o idoso necessite de apoio de uma segunda pessoa.

O tempo de permanência no leito mais do que o necessário ao processo de recuperação cirúrgica resulta em diminuição da massa muscular, da força, da capacidade pulmonar e elevam o agravamento da imobilidade. A locomoção e a mobilidade são elementos essenciais para a execução das atividades inerentes ao cotidiano, com independência. A execução dessas atividades exige equilíbrio, destreza nas mudanças de posição e estabilidade. No processo de envelhecimento a locomoção e a mobilidade apresentam declínio, afetando o equilíbrio e produzindo mudanças em todos os níveis do controle postural. Alterações de mobilidade e locomoção estão associadas a quedas, fraturas e reinternações (FILLENBAUM, 1996; JAMET et al, 2004; TEIXEIRA et al, 2007; ALMEIDA et al, 2012).

As atividades fora do lar (fazer compras, pagar contas, etc) também tiveram um aumento entre o pré e pós-operatório: 76 e 102 participantes, respectivamente. Esses dados estão relacionados não só ao período de recuperação necessário após uma cirurgia, como também pelas restrições impostas pelo procedimento, ou pelo uso de dispositivos ortopédicos de imobilização, associados aos medos naturais de queda, lentificação de movimentos e impossibilidade de carregar peso.

Além disso, os dados acima estão relacionados com a dificuldade apresentada no controle com o dinheiro, que são atividades que exigem raciocínio mais complexo, comprovam a existência da perda gradual das funções, que são mais minuciosas e que envolvem coordenação e raciocínio. O comportamento excessivamente cauteloso pode reduzir a confiança e participação nas atividades instrumentais, favorecendo o declínio funcional, aumentando o risco de fragilidade ou seu agravamento (GUIMARÃES; LIMA, 2011; ALMEIDA et al, 2012).

A administração de medicamentos, é um grande problema entre idosos, de 38 no pré-operatório para 81 no pós-operatório. A participação do cuidador auxiliando nesse processo pode garantir a medicação correta, a ingestão nos horários e doses e vias adequadas.

Como idade tem influência na função cognitiva do indivíduo idoso, o uso de múltiplos medicamentos, a acuidade auditiva e visual diminuídas, a dificuldade para a compreensão da prescrição médica, as reações adversas e interações medicamentosas, fazem com que o idoso necessite do cuidador para que se estabeleça um sistema ordenado e seguro de fornecer a medicação correta e na dose adequada, diminuindo os riscos envolvidos, de forma a garantir a efetividade e a continuidade do tratamento. A realização de treinamentos do cuidador garante aos idosos um tratamento medicamentoso com eficiência, qualidade e segurança. A valorização e a intensificação de informações acerca dos medicamentos devem ser repassadas ao idoso e ao seu cuidador, de forma acessível e mais compreensível possível (MEZEK et al, 2004; BLANSKI; LENARDT, 2005; GRAF, 2006; GUIMARÃES; LIMA, 2011; SANTOS et al, 2013).

A restrição dos movimentos relacionados à cirurgia ortopédica, faz com que haja um aumento na demanda de auxílio pelo cuidador ao idoso submetido a cirurgia ortopédica (de 78 no pré-operatório para 114 nos pós-operatório) para a realização das tarefas domésticas.

A incapacidade temporária que a cirurgia ortopédica e a reabilitação impõe, deve ser encarada pelo cuidador como um momento propício para o reforço das relações de ajuda. A incapacidade funcional, mesmo que temporária resulta em fragilidade e aumenta a demanda por cuidados tanto no âmbito hospitalar quanto no familiar suas ações (NUNES; PORTELLA, 2003; CORREIA et al, 2008; ANDRADE, 2012).

As demandas na promoção do cuidado dependem de fatores como: a personalidade do paciente; tipo e estágio da doença; a saúde física, cognitiva, social e

organizacional dos cuidadores; assim como conhecimento e habilidades inerentes ao cuidado necessário. Os enfermeiros devem avaliar as demandas do cuidado e a evolução da capacidade dos cuidadores e seus recursos empregados (GIVEN et al, 2008).

Situações relacionadas com: o oferecimento das refeições, cuidados higiênicos, vestuário, locomoção, mobilização, administração de medicamentos e realização de curativos, necessitam de orientação e/ou treinamento específico. Uma vez que seja detectada pelo enfermeiro a necessidade de intervenções junto ao idoso em pós-operatório de cirurgia ortopédica, pelo cuidador em ambiente domiciliar, um planejamento de orientações e/ou treinamento deve ser implementados. Este processo visa facilitar a realização das tarefas pelo cuidador, com segurança e proteção do idoso.

A cirurgia ortopédica afeta a vida do idoso de diferentes formas. É importante que o cuidador auxilie e estimule o idoso a busca da sua independência na medida do possível, respeitando as suas limitações, assegurando sua privacidade e intimidade durante a execução dessas atividades.

A construção do cuidado deve ser feita com a parceria entre profissionais de saúde, paciente e cuidador e se estabelece a partir dos seguintes critérios: identificação dos objetivos comuns; estabelecimento de esforços para a melhora do estado de saúde do idoso; respeito mútuo; comunicação franca e respeitosa, troca de informações e garantia de livre acesso à equipe de saúde para as orientações necessárias (HARISSON et al, 2009; WALTON, 2011).

CAPÍTULO VI

6. Conclusões

A presença do paciente idoso e seu cuidador em unidades de internação de pacientes com distúrbios traumato-ortopédicos é uma realidade. Nesse contexto, este estudo se propôs a conhecer a demanda de cuidados a serem realizadas pelo cuidador no pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

Desenvolvidos com 120 idosos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 89 anos, este estudo coletou dados onde foram relacionadas informações socioeconômicas que apontaram que: os pacientes tinham idade média de 69,9 anos e eram mulheres em sua maioria. Mais da metade dos participantes eram casados. Metade era aposentada ou pensionista. Cerca de metade também se autoreferiu como dependente economicamente. Apesar disto, mais de dois terços dos idosos refere participar da renda familiar.

As causas de internação foram distribuídas em lesões traumáticas e afecções ortopédicas, aos quais foram submetidos a cirurgias de portes e graus variados. Nenhum idoso evoluiu a óbito entre as duas entrevistas, mas houve uma pequena incidência de complicações pós-operatórias durante a hospitalização, aos quais foram submetidos a tratamento específico.

A incapacidade temporária ou permanente que o distúrbio traumato-ortopédico impõe e gera limitações físicas, sociais e emocionais. A dinâmica da vida do idoso sofre alteração, o que restringe as suas atividades básicas e instrumentais da vida diária e os torna, muitas vezes, dependentes de outras pessoas. Todos os idosos que participaram desta pesquisa contavam com o auxílio de cuidadores em diferentes graus. A grande maioria dos cuidadores que participaram desta pesquisa, são membros da família.

Neste estudo foram listadas as seguintes atividades básicas e instrumentais da vida diária nas quais os idosos participantes deste estudo necessitam do auxílio dos cuidadores, tanto no pré quanto no pós-operatório de cirurgias ortopédicas: auxílio para as refeições, auxílio para a higiene; auxílio para o vestuário; auxílio para a locomoção; auxílio para a mobilização; auxílio para as atividades fora do lar; auxílio na

administração de medicamentos; compartilhamento de problemas e preocupações; acompanhamento às consultas com profissionais de saúde; auxílio para a realização de curativos; e auxílio nas tarefas domiciliares.

Os cuidados realizados pelos cuidadores dos idosos submetidos à cirurgia ortopédica: compartilhamento de problemas e preocupações; acompanhamento às consultas com profissionais de saúde e auxílio para a realização de curativos, estão presentes em frequências altas e bastante semelhantes tanto no pré quanto no pós-operatório. Isso demonstra uma demanda que está relacionada não só ao procedimento cirúrgico ao que o participante desta pesquisa foi submetido, mas ao processo próprio do envelhecimento.

Já os cuidados: auxílio para as refeições, auxílio para a higiene; auxílio para o vestuário; auxílio para a locomoção; auxílio para a mobilização; auxílio para as atividades fora do lar; auxílio na administração de medicamentos e auxílio nas tarefas domiciliares, tiveram um aumento da demanda com o pós-operatório, demonstrando que são produto das necessidades aumentadas pela realização da cirurgia ortopédica e sua recuperação.

A garantia da presença de um cuidador durante o período de hospitalização acelera o processo de recuperação e contribui para a diminuição de agravos garantindo ao idoso um tratamento mais humanizado e afetivo pelo cuidador. Conhecer as demandas de cuidados do idoso submetido a cirurgia ortopédica a serem realizados pelos seus cuidadores implica em estabelecer uma nova ordem de planejamento da assistência, identificando não só as necessidades individuais do paciente, mas reconhecendo a importância de situações de orientação e treinamento desse cuidador, criando também uma nova perspectiva na prática diária do enfermeiro que assiste o idoso com distúrbios traumato-ortopédicos.

A possibilidade de planejamento de uma cartilha de orientações e de grupos de orientações aos familiares cuidadores dos idosos hospitalizados, aumentam a chance de um tratamento mais humanizado e criam laços de cooperação entre a equipe de enfermagem e os familiares cuidadores.

Sugere-se que novas pesquisas sejam orientadas dando voz ao cuidador, com o intuito de conhecer as suas necessidades de preparação para os cuidados ao idoso submetido à cirurgia ortopédica. Possibilitando dessa forma, o planejamento de uma assistência individualizada e permitindo a criação de um plano de orientação voltado ao

cuidador do idoso no âmbito hospitalar, preparando-o também para a execução de cuidados no domicílio.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. **Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia.** Saúde em Debate- Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.10-19, jan/mar. 2013.

ALFIERI, F. M.; WERNER, A.; ROSCHEL, A. B.; MELLO, F. C.; SANTOS, K. I. S. **Mobilidade funcional de idosos ativos sedentários versus adultos sedentários.** Brazilian Journal of Biomotricity, v.3, n.1, p.89-94, 2009.

ALMEIDA, M. H. M. A.; LITVOC, J.; PEREZ, M. P. **Dificuldades para atividades básicas e instrumentais da vida diária, referidas por usuários de um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo.** Ver. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(2): 187-200.

ALVES, L. C.; LEIMAN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. de Saúde Pública. 23 (8): 1924-30, ago, 2007.

AMARAL, F. L. J. S.; GUERRA, R. O.; NASCIMENTO, A. F. F.; MACIEL, A. C. C. **Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade.** Ciencia e Saúde Coletiva. 18 (6): 1835-46, 2013.

ANDRADE, A. N.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L. et al. **Análise do conceito de fragilidade em idosos.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2012 out-dez, 21(4): 748-56.

ÁVILA, A. H., GUERRA, M.; MENESES, M. P. R. **Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice.** *Pensamento Psicológico.* 3(8): 7-18, 2007.

ARAÚJO, M. O.; P. H.; CEOLIM, M. F. **Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** Revista Esc. Enf. USP. , v. 4, n. 3. P. 378-85, 2007.

ARAÚJO, J. S.; SILVA, S. E. D.; SANTANA, M. E.; CONCEIÇÃO, V. M.; VASCONCELOS, E. V. **O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral.** Rev Enferm em Foco 2011; 2(4):235-38

ASTIZ, M. T. V. et al. **Deterioro funcional durante la hospitalización em ancianos. Beneficios del ingreso em el servicio de geratria.** Revista Especial Geriatria Gerontologia, 2008; 8:10.

BARBOSA, M. T. **How to do appraise falls in aged.** Revista Associação Médica Brasileira, 2001; 47:93-94.

BENZEVAL, M. **The self-reported health status of alone parents.** Society Scientific of Medicine, 46. p.1337-53, 1998.

BIAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. **Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina-Paraná.** Revista Escola de Enfermagem – USP. 43(3):602-8, 2009.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre; ago, 26(2):180-8. 2005.

BRADWAY, C.; HIRSCHMAN, K. **Working with families oh hospitalized older adults with demencia.** AJN, v.108, n. 10, p.52-.60, 2008

BRASIL. Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <[HTTP://planalto.gov.br](http://planalto.gov.br)>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do Cuidador.** Brasília: MS; 2008.

BRITO, A. A.; ELY, J. C. **Variações da capacidade funcional em idosos com estado depressivo e histórico de quedas de residentes em uma instituição de longa permanência.** RBCEH, Passo Fundo, v.6, n.3, p.332-342, set/dez, 2009.

BOHM, V.; CARLOS, S. A. **Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação.** Revista Kairós de Gerontologia, 13 (1): 211-20, São Paulo, junho, 2011.

BUDÓ, M. L. D.; ROCHA, L.; BEUTER, M.; SILVA, R. M.; TAVARES, J. P. **Vulnerabilidade de idosos às quedas de fratura de quadril.** Escola de Enfermagem Anna Nery (impr.) 14 9(4): 690-696out-dez; 2010.

BUSSER, E. W.; BLAZER, D. G. **Psiquiatria geriátrica.** (RS): Artmed; 2º Ed, 1999.

BUTHO, A.; MORLEY, J. E. **The clinical significance of gastrointestinal changes with aging.** Curr. Open Clinical Nutritional Metabolic care, n. (5): 651-60, 2008.

CAMANHO, G.L.; IMAMURA, M.; ARENDT-NIELSEN, L. **Gênese da dor na artrose**. Rev. bras. ortop., 46(1):14-17, 2011.

CAMARRANO, A. A. et al. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: Camarrano, a. a. (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARRANO, A. A.; KANSO, S.; PASINATO, M. T.; MELLO, J. L. E. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República; 2009.

CAMARRANO, A. A.; PASINATO, M. T.; LEMOS, V. R. (2007). Cuidados de longa duração para a população idosa: Uma questão de gênero? In: Anita Liberalesso Neri (org.). **Qualidade de vida na velhice**. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.

CAMERON, L. E. **Enfermagem Traumato-ortopédica. Programa de atualização de Enfermagem: saúde do adulto (PROENF) Ciclo 5, Módulo 1/ [organizado pela] Associação Brasileira de Enfermagem – Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2010, p.45-48.**

CAMERON, L. E.; ARAÚJO, S. T. C. **Vision as an instrument of perception in trauma and orthopedic nursing care**. Rev Esc Enferm USP, 45(1): 951-9, 2011a.

CAMERON, L.E., ARAÚJO, STC. **Undergraduate students in orthopedic nursing care**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(6):1391-7, 2011b.

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

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. I. R. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. Cadernos de Saúde Pública, 24(3):597-605, 2008.

CAVALCANTE, A. L. P.; AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. **Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará**. Ver Bras Geriatr Gerontol. Rio de Janeiro, 2012; 46(6): 1400-5.

CERIA, C. D.; MASAKI, K. H.; RODRIGUEZ, B. L.; CHEN, R.; YANO, K.; CURB, J. D. **The relationship of psychosocial factors to total mortality among older Japanese-American men: the Honolulu heart program**. American Journal of Geriatrics Society, 49. p.725-31, 2001.

CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. **Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n.6. Nov/dez, 2005.

CHAN, B. et al. **Risco de queda, atividade física e desempenho entre homens idosos**. American Journal of Epidemiology; 165(6):696-703, 2007.

COLOMÉ, I. C. S.; MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; CARLI, R.; WINCK, M. T.; NORA, T. T. D. **Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores.** Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2011, abril/junho; 13(2): 306-12.

CORREIA et al. **Perfil cognitivo de idosas de dois serviços públicos de São Luís-MA.** Revista Psiquiátrica Clínica, v.3, n.35, p.131-137, 2008.

CONSENSO BRASILEIRO DE ESPONDILOARTROPATIAS:ESPONDILITE ANQUILOSANTE E ARTRITE. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - PRIMEIRA REVISÃO. SAMPAIO-BARROS, P. et al. Revista Brasileira de Reumatologia. v. 47, n.4, p. 233-242, jul/ago, 2007.

COUTINHO, S. F. C.; VERGUETTI, K. B.; COELI, C. M. **Mortalidade em um ano de idosos após hospitalização por fraturas decorrentes de quedas; comparação com idosos pareados da população.** Cadernos de Saúde Pública, volume 28, número 4, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2012.

CRESWELL, J. M. **Quantitative Methods. In:Research Design, Quantitative, Qualitative.** Sage, 2010.

CRUZ, D.T. et al. **Prevalência de quedas e fatores associados em idosos.** Rev. Saúde Pública , 46(1):138-146, 2012.

CUMMINGS, S. R.; KELSEY, J. L.; NERFT, M. C.; DOWD, K. J. **Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures.** Epidemiology Revision. 1985; 7:198-201.

DAMY, J. C. **Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

DAVIS, M. A.; MORITZ, D. J.; NEUHAUS, J. M.; BARCLAY, J. D.; GEE, L. **Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults.** American Journal of Public health, 87.1997, p.371-7.

DARER, J.; FRIED, L. P.; FERRUCCI, L.; et al. **Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care.** Journal of Gerontology American Biology of Scientific of Medicine, 59:255-63; 2004.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Edusp / Fapesp, 1999.

DEL DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. **Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos.** Revista de Saúde Pública, 45 (1): 113-20; 2011.

DELBAERE, K.; CROMBEZ, G.; VANDERSTRAETEN, G. et al. **Fear related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study.** Age and aging, 2004, 33: 368-373.

DIAS, J. A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; SOUZA, L. L. **Ser idoso e o processo de envelhecimento**. Escola Anna Nery, v.15, n.2, Rio de Janeiro. Abr/Jun, 2011.

DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J.; AVLUND, K. **Social relationship: network, support and relational strain**. Society Scientific of Medicine, 48. p.661-73, 1999.

FACHADO, A. A.; MARTINEZ, A. M.; MENENDEZ, V. C.; PEREIRA, M. G. **Adaptação cultural e validação da versão portuguesa- Questionário Medical Outcomes Social- Support Survey (MOSS-SSS)**. Acta Med. Porto, 2007; 525-533.

FARO, A.C. M. **Enfermagem em reabilitação, ampliando os horizontes, legitimando o saber**. Revista de Enfermagem da USP. São Paulo. 40(1): 128-33, 2006.

FERNANDES, C. E.; STRUFALDE, R.; STEINER, M. L.; PEREIRA, R. M. R.; DOMICIANO, D. S.; SIMÕES, R. **Osteoporose: diagnóstico**. Projeto Diretrizes, 2011.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46 (6): 1494-1502.

FIRENZA, L. P.; GURALNIK, J. M. **Disability in older adults: evidence, regarding, significance, etiology and risk**. Journal American of Geriatric Society. 1997; 45-92-100.

FILLENBAUM, G. G.; CHANDRA, V.; GANGULI, M.; PANDAV, R.; GILBY, J. E.; SEABERG, E. C. et al. **Development of na activities of daily living scale to screen for dementia in a illiterate rural population in India**. Age and aging, 28:161-8. 1999.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2000.

FORTES, E. M; RAFAELLI, M. P.; BRACCO, O. L.; TAKATA, E. T. T.; REIS, F. B.; SANTILI, C.; LAZARETTI- CASTRO, M.; M. L. **Elevada Morbimortalidade e Reduzida Taxa de Diagnostico de Osteoporose em Idosos com Fratura de Femur Proximal na Cidade de São Paulo**. Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica, 52/7; 2008.

FREITAS, Elizabete Viana de; DOLL, Johannes; LANÇADO, Flavio Aluisio Xavier; GORZONI, Milton Luis. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Editora Guanabara & Koogan. 2º edição. Rio de janeiro, 2006. Cap 32, p 348-354.

GARBIN, C. A. S.;SUMIDA, D. H.; MOIMAZ, S. A. S.; PRADO, R. L.; SILVA, M. M. **O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.15, nº6. Rio de Janeiro. Setembro, 2010.

GRAF, C. **Functional decline in hospitalized older adults**. American Journal of Nurse. 2006; 106(1): 58-67.

GIVEN, B.; FAAN, R. N.; SHERWOOD, P. R.; GIVEN, C. **What knowledge and skills do caregivers needs?** American journal of Nurse. 2008, v.108.n.9, p.28-34.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FARESTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. **Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde.** Cadernos de Saúde Pública 21 (3): 703-714, mai-jun. Rio de Janeiro, 2005.

GORDILHO, A.; et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Bahia Análise & Dados; 10(4):138-153, 2001.

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. **Rede social e desempenho de programas de Saúde: uma proposta investigativa.** Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20[3]:873-893, 2010.

GUEDEA, M. T. D.; DAMACENA, F. A.; CARBAJAL, M. M. M.; MARCOBICH, P. O.; HERNÁNDEZ, G. A.; LIZÁRRAGA, L. V.; FLORES, E. I. **Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos.** Psicologia e Sociedade; 21 (2): 242-249, 2009.

GUIMARÃES, F. A. M.; LIMA, R. R.; SOUZA, A. C.; LIVANI, B.; BELANGERO, W. D. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur.** Ver Bras Ortop. 2011; 46 (Supl I): 48-54.

HARISSON A., et al. **Healing partnerships; the importance of involving patients, families, and volunteers.** In: FRAMPTON, S. B.; CHARMELE, P. A., editors. Putting patients first: best practices in patient-centered care. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, p.51-74. 2009.

HUGHES, M. E.; WAITE, L. J. **Health in household context: living arrangements and health in late middle age.** Journal Health Society Behavior, 43, p.1-21, 2002.

HYLAND, M.; KAMPER, A. M.; STOTT, D. J.; et al. **Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease.** Age, ageing, 34;450-5; 2005.

INAGAKI, R. K.; YAMAGUCHI, M. H.; KASSADA, D.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. **A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico.** Ciência, Cuidado e Saúde, 7, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD-Pesquisa de Amostra em Domicílios.** Estatística, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. E<www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa/censo_2010/default.shtm>. Acesso em 19 de maio de 2011.

ISRAEL, N.E.N.; ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. V. **A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1):1349-1356, 2011.

JAMET, M.; DEVITERNE, D.; GAUCHARD, G. C.; VANÇON, G.; PERRIN, P. P. **Higher visual dependency increases balance control perturbation during cognitive fulfillment in elderly people.** *Neuroscience Letters*, 359:61-4. 2004.

KATZ, M.; OKUMA, M.A.A.; SANTOS, A. L. G.; GUGLIELMETI, C. L. B.; SAKAKI, M. H.; ZUMIOTI, A. V. **Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos.** *Acta Ortopédica Brasileira*. 16(5):279-83. São Paulo, 2008.

KARSCH, Ursula M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores.** *Cad. Saúde Pública*. 2003, 19(3):861-866, 2003.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. E. **Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico.** *Acta Fisiatria*, 2005; 12(2): 55-60.

KHOURY, H. T. T.; FERREIRA, A. J. C.; SOUZA, R. A.; MATOS, A. P.; BARBAGELATA-GÓES, S. **Por que os aposentados retornam ao trabalho? O papel dos fatores psicossociais.** *Revista Kairós Gerontologia*, 13 (1), São Paulo, junho: 147-65, 2010.

KRONDL, M.; LAU, D.; YURKIW, M. A.; COLEMAN, P. H. **Food use and perceived food meanings of elderly.** *Journal American Diet Association*, 78,p.330-7, 1981.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios.** *Soc. estado.*, 27(1), p. 165-180, 2012.

LAITINEN, P. **Participation of caregivers in erderly-pacient hospital care: informal caregiver approach.** *J Adv Nurs*, 18 (9): p.1480-7, January 1994.

LAITINEN, P. **Participation of informal caregivers in the hospital care of erderly-patients and their evaluations of care given: pilot study in three different hospitals.** *J Adv Nurs*, 18(9): p.1480-7, september 1993.

LAITINEN, P. **Participation of informal caregivers in the hospital care of erderly-patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals.** *J Adv Nurs*, 17 (10): p.1233-7, October 1992.

LANG, P. O. et al. **Loss independence in Katz's ADL ability connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people.** *European Journal of Epidemiology*, 2007; 22(9): 621-30.

LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em ambulatório de Ribeirão Preto- SP [tese de doutorado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.**

LARSSON, L.; FRONTERA, R. **Função da musculatura esquelética nas pessoas idosas.** In: Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

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

LEARNER, R. M.; KIVET, V. R. **Discriminations of perceived dietary adequacy among the rural elderly.** Journal American of Dietary Association, 78. p.330-37, 1981.

LEBRÃO, M. L. **Epidemiologia do envelhecimento.** Boletim do Instituto de Saúde. Abril, 2009.

LEE, G. R.; SHEVAN, C. L. **Social relations and the self-esteem of older persons.** Research Aging, 11. p.427-42, 1989.

LEME, L.E.G.; SITTA, M.C.; TOLEDO, M.; HENRIQUES, S.S. **Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos.** Rev. bras. ortop., 46(3):238-246, 2011

LEVINE, C. **The hospital nurse's assessment of family caregiver needs.** AJN, v.111, n. 10, 2011.

LIANG, J.; KRAUSE, N. M.; BENNETT, J. M. **Social Exchange and well-being: is giving better than receiving?** Psychology Aging. 3, p. 511-23, 2001.

LIMA, C. A.; FLORENCE, R. T. **Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 62(3): p.367-73, maio-junho, 2009.

LITWIN, H. **Social network, type and morale in old age.** Gerontology, 41. p.516-24, 2001.

LUND, R.; MODVIG, J.; DUE, P.; HOLSTEIN, B. E. **Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men.** European Journal of Epidemiology, 16. p.108-97, 2000.

MANÑAS, M. D. et al. **Deterioro de la capacidad funcional em pacientes ancianos ingresados em um servicio de medicina interna.** Na. Med. Interna (Madrid). 2005; 22(3): 34-6.

MEZEK, M. D. et al. **Nurses improving care to health systems elders (NICHE): implementation of best practice models.** Journal of Nurse Adm. 2004; 34(10): 451-7.

MCCAMISH-SVENSSON, C.; SAMUELSSON, G.; HAGBERG, B.; SVENSSON, T.; DEHLIN, O. **Social relationship and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study.** International Journal of Aging and Human Development.p. 511-21, 1999.

McINTOSH, W. A.; SHIFFLETT, P. A.; PICOU, J. **Social support, stressful events, strain, dietary intake, and the elderly.** Medical Care, 27. P140-53, 1989.

MENEZES, F. A.; FEIJÓ, C. A. R.; BEZERRA, I. S. A. M.; PEIXOTO JÚNIOR, A. A. **Morbimortalidade do idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de Fortaleza** [periódico na Internet]. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica** – nº 19, série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF); 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatutodoidoso.pdf> >. Acesso em: 20 de maio de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – **Guia Prático do Cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília- DF, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Ortopedia (INTO). **Cadernos de Enfermagem em ortopedia**. Volume 1, 2006.

MURPHY, S. L.; WILLIAMS, C. S.; GILL, T. M. **Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons**. Journal Am. Can Geriatric Society, 2002, 50(3):516-20.

NADJI, A. et al. **Correlates of physical activity in Morocco**. Prev Med; 52; 355-7. 2011.

NASCIMENTO, L. C., et al. **Cuidador de ancianos: conocimiento disponible em La basis de datos LILACS**. Revista Brasileira de Enfermagem; 64 (4): 514-17; 2008.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. Suplemento (1): S4-S6, 2008.

NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. **Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis**. National Osteoporosis Foundation, Washington, DC. 2010.

NAVARRO, F. M.; MARCON, S.S. **Convivência familiar e independência para as atividades de vida diária entre idosos de um centro dia**. Cogitare Enfermagem, set/dez; 11(3):211-7. 2006.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. **O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; DOLL, J. organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.778-80.

NUNES, L. M.; PORTELLA, M. R. **O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na Atenção Básica de Saúde.** Boletim da Saúde. Porto Alegre, v.17, n.1/ jul-dez, 2003.

OLSEN, O.; IVERSEN, L.; SABROE, S. **Age and the operationalization of social support.** Society of Scientific Medicine, 32. p.767-71, 1991.

PAIVA, C. L.; HOROVITZ, A. P.; SANTOS, A. O.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; PINTO-NETO, A. M. **Prevalence of osteoporosis in postmenopausal women and association with clinical reproductive factors.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. [Periódico on line]. 2003; 25(7): 507-12.

PROJETO DE LEI DO SENADO, Nº 284 DE 2011. **Diário do Senado Federal** nº 142. Publicado em 13/09/2012.

PALINKAS, A. L.; WINGARD, D. L.; BARRET-CONNOR, E. **The biocultural context of social networks and depression among the elderly.** Society of Scientific Medicine, 30. p.442-447, 1990.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano,** Porto Alegre. Artes Médicas, 2006.

PÁRRAGA DIAZ, M. **Quien cuida a los cuidadores?** Enfermería Global [periódico on-line]. 2005 [citado em 06 de junho de 2007]. Disponível em <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/archive>.

PARREIRA, José Gustavo et al. **Análise comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos.** Rev. Assoc. Med. Bras. 56(5):541-546, 2010.

PAULA, G. R.; REIS, V. S.; RIBEIRO, F. A.; GAGLIAZZI, M. T. **Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica no Brasil.** Revista Dor. São Paulo. 2012.

PAULIN, G. S. T.; PAULA, J. R. **Implicações das redes sociais.** Ciência e saúde. 2010.

PETROIANU, Andy. **Cirurgia no paciente idoso.** Rev. Col. Bras. Cir. v.35, n.3, p. 153-154, 2008.

PEI, X.; PILLAI, V. **Old age support in China. The role of state and family.** International Journal of Aging and Human Development, 49. p.197-212, 1999.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. E. **Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.43, nº2. São Paulo. Junho, 2009.

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; et al. **Quedas em idosos.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: projeto diretrizes; 2008.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. **Older adults preferences for informal, formal and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States.** International Journal of Human Development, 54. p. 291-314, 2000.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; NASSAR, S. M.; LOPES, M. M. B.; FERREIRA, V. F.; MONTEIRO, H. K. **Dinâmica da família no contexto dos cuidados e adultos na quarta idade.** Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2013. Mar-abr; 66(2): 228-33.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P.; FERREIRA, D. J.; EVANGELISTA, V. C. **Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira.** Revista da Escola de Enfermagem USP. 2012; 46 (1): 96-102.

RAHMAN, M. O. **Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality.** International Journal of Epidemiology, 28. p.485-91, 1999.

RAZERA, A. P. R.; BRAGA, E. M. **A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória.** Rev Esc Enferm USP. v.45, n.3, p.632-7. 2011.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. **A influência das quedas na qualidade de vida de idosos.** [periódico na Internet]. Ciência Saúde Coletiva, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social. Métodos e técnicas.** 3ª edição, Revista ampliada, Editora Atlas, São Paulo. 2011.

ROCHA, S.M.C.; LIMA, I.M.S.O. **A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem sociojurídica.** Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades. Niterói, RJ, 2012. Disponível em www.aninter.com.br.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. **Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2009.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. **Idosos vítimas de traumas: análise de fatores de risco.** Rev. Esc. Enferm. USP, 2012; 46 (6): 1400-5.

RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. **A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 013; 16 (1): 159-170.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, H. D.; LATORRE, M. R. D.; RAMOS, L. R. **Fatores determinantes da capacidade funcional do idoso.** Revista de Saúde Pública; 37(1):40-8, 2003.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. T. D. **As redes sociais e de apoio: conviver e a sua influência sobre a saúde.** Boletim do Instituto de Saúde. Abril, 2009.

ROSA, A. P.; ROSA, R. J.; LANUEZ, F. V.; LANUEZ, M. V.; BALSALOBRE, G.; MALOSA, L.; SOARES, L.; BATTAGIN, A. M. **Características demográficas e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis.** Revista da Associação Médica Brasileira, 58 93(3): 341-347. 2008.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. **Cuidando de idosos com demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2005. Jan/fev, 58(1): 44-8.

SANDER, C. S.; ROSSI, E. **Envelhecimento do sistema osteoarticular.** In: FREITAS, E. I. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.508-20, 2002.

SANTOS, T. R. A.; LIMA, D. M.; NAKATAMI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; LEAL, G. S.; AMARAL, R. G. **Consumo de medicamentos por idosos.** Gioiânia, Brasil, Ver Bras Saúde Pública 2013; 47 (1):94-103.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. **Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46 (3): 612-7.

SILVA, F. S.; VIANA, M. F.; VOLPATO, M. P. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica.** Revista Gaúcha de Enfermagem., Porto Alegre (RS), dez; 29(4):565-72. 2008.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Edições Loyola, 6ª Ed., 2008.

SILVA NETO, M. G.; MOREIRA, S. F. C.; SANTOS, L. C.; BORGES, C. J.; SOUZA, A. L.; BARROS, P. S. **Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados nas unidades de saúde da família do município de Jataí-GO.** Universidade Federal de Goiás, 2010.

SALGADO, J. M. **Nutrição na 3ª idade.** In: Brunetti, R. F.; Montenegro, F. L. B. **Odontogeriatrics: noções e conceitos de interesses clínicos.** São Paulo. Artes Médicas, p.62-70, 2002.

SCHULZ, R.; SHERWOOD, P. R. **Physical and mental health effects of family caregiving.** AJN, v. 108, n.9, 2008.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica.** Casa Psi Correa .Editora Ltda. 3ª edição. São Paulo, 2006.

SHELKEY, M.; WALLACE, M. **Monitoring functional status in hospitalized older adults.** AJN, 108, n.4, p.64-71,2008.

Statistics Significance: **The Survey System.** www.surveysystem.com: acesso em 13/05/2013.

SPIRDUSO, W. W.; FRANCIS, K. L.; MACKAE, P. G. **Physical dimensions of aging**. 2^a Ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 2005.

TEIXEIRA, C. S.; LEMOS, F. C.; LOPES, L. F. D.; ROSSI, K. G.; MOTTA, C. B. Equilíbrio corporal e exercícios físicos. **Uma investigação com mulheres idosas praticantes de diferentes modalidades**. Acta Fisiatria, v.15, p. 154-157, 2007.

TEIXEIRA, J. S.; CORRÊA, J. C.; RAFAEL, C. B. S.; MIRANDA, V. P. N.; FERREIRA, M. E. C. **Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15 (1): 63-68.

TOSTESON, A. N. A.; GROVE, M. R.; et al. **Impact of hip and vertebral fractures on quality-adjusted life years**. Osteoporos Internacional, 2001; 12:1042-9.

TINETTI, M. E. **Performance-Oriented Assessment of mobility problems in elderly patients**. JAGS, 34 suppl. 2: 119-26. 1996.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO, J. S.; OLIVEIRA, R. J. **Atividade física como preditor da ausência de fragilidades em idosos**. Revistada da Associação Médica Brasileira; 58 (3):341-347. 2012.

TURNER, R. J.; MARINO, F. **Social support and social structure: a descriptive epidemiology**. Journal of Health, Social Behavior, 35. p.193-212, 1994.

VIDMAR, M.; PATERSON, D. H.; GOVINDASAMY, D.; et al. **Longitudinal study of determinants of dependence in elderly population**. Journal American og Geriatrics, 52: 163-8; 2004.

UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; GIACOMIN, K. C.; et al. **Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos**. Caderno de Saúde Pública, 21:80-91, 2005.

VERAS, R.; RAMOS, L.; KALACHE, L. R. **A growth of elderly population in Brazil: transformations and consequences in society**. Revista de Saúde Pública, 21(3):363-74, 1987.

VERAS, R.; LIMA-COSTA, M. F. **Saúde pública e envelhecimento**. Caderno de Saúde Pública. 2003; 19 (03):700-1.

VERAS, R.; RAMOS, L.; KALACHE, L. R. **Crescimento populacional da população idosa no Brasil: Transformação e consequências na sociedade**. Revista de Saúde Pública, 21(3): 225-33, 1987.

WALLSTEN, S. M.; TWEED, D. L.; GEORGE, L. K. **Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumentals support and its subjective appraisal**. International Journal of Aging and Human Development, 48. p.145-59, 1999.

WALTON, M. K. **Communication with family caregivers**. AJN, vol.111, n. 12, December. 2011.

WATANABE, H. A. W.; DERNIL, A. M. **Cuidadores de idosos: uma experiência em uma unidade básica de saúde – projeto capacIDADE**. O mundo da Saúde . Out-dez; 29(4): 639-44, 2005.

WONG, R. Y.; MILLER, W. C. **Adverse outcomes following hospitalization in acutely ill older patients**. BMC Geriatric, 2008; 8: 10.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília : OPAS, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 09 de janeiro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Disability prevention and rehabilitation**.Geneve: WHO; 2010.

ZOBOLLI, E. **Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal**. Saúde Coletiva, 4(7): p.158-63, 2007.

APÊNDICE 1: Autorização institucional

Rio de Janeiro, de de 2011.

Da pesquisadora:

Enf^a Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira.

E sua orientadora:

Prof^a Dr^a Lys Eiras Cameron.

UFRJ/CCS/EEAN/DEMC

Para:

Prof^o Dr^o Wille Oigman.

Representante Institucional do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Assunto: **Solicitação de Permissão para Realização de Pesquisas nas Dependências da**

Instituição.

Ilmo Prof^o Dr^o Wille Oigman,

Sabedores da excelência e do caráter de referência de vossa instituição no cuidado especializado nas diversas patologias às pessoas residentes na Cidade do Rio de Janeiro e adjacências, vimos por meio desta solicitar à V.S., autorização para conduzir a coleta de dados para a dissertação de mestrado “**Necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido à cirurgia ortopédica: Um estudo de Enfermagem Traumato-Ortopédica**”, objeto da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira, orientada pela Prof^a Dr^a Lys Eiras Cameron.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, cujo questionário e o projeto encontram-se em anexo para vossa apreciação. A previsão de coleta de dados compreende o período de agosto de 2011 a outubro de 2012.

Em expectativa de recebemos vossa autorização, estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira
Cameron

Pesquisadora principal

Profª Drª Lys Eiras

Orientadora

Resposta da Instituição:

Autorizo a coleta dos dados sem divulgar o nome da instituição ()

Autorizo a coleta dos dados com divulgação do nome da instituição ()

Não autorizo a coleta dos dados ()

Rio de Janeiro, de de 2011.

Nome do Responsável Institucional: _____

Cargo do Responsável Institucional: _____

APÊNDICE 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) à participar da pesquisa intitulada “**Necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido a cirurgia ortopédica: Um estudo de Enfermagem Traumató-Ortopédica.**” que tem como objetivos: caracterizar o perfil socioeconômico dos idosos submetidos à cirurgia traumato-ortopédica, descrever as demandas de necessidades de cuidado do cuidador do idoso submetido à cirurgia traumato-ortopédica e estabelecer qual é a participação do cuidador do idoso submetido à cirurgia traumato-ortopédica no seu pós-operatório.

Esta pesquisa é a dissertação de Mestrado em Enfermagem de Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira, sob a orientação da Prof. Dra. Lys Eiras Cameron, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome completo, onde será denominado de forma aleatória, de acordo com o combinado previamente.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá se recusar a participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo à sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa é responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. Você não terá qualquer custo ou compensação pela participação.

Não haverá risco de qualquer natureza.

Os benefícios relacionados à sua participação refletirão em uma assistência de Enfermagem Traumató-Ortopédica voltada ao paciente submetido à cirurgia ortopédica, mais eficiente e eficaz.

Você receberá uma cópia deste termo. Caso deseje entrar em contato com a pesquisadora Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira (7718.5378) preferencialmente em horário comercial, ou pelo e-mail mvanzirj@gmail.com quando poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Marcia Fernanda Vanzillotta Pereira

Rio de Janeiro, de 201...

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 3: Instrumento de coleta de dados.

Necessidades de cuidados realizados pelo cuidador ao idoso submetido à cirurgia ortopédica: Um estudo de Enfermagem Traumato-Ortopédica.

I. Dados do paciente:

- a. Codinome:
- b. Sexo: M () F ()
- c. Idade:
- d. Estado civil: C () S () V () DIV () DESQ ()
- e. Profissão/Ocupação:
- f. Grau de dependência econômica: () independente () dependente
- g. Participa financeiramente da renda familiar: S () N ()
- h. Causa da internação:
- i. Procedimento cirúrgico:
- j. Intercorrências:

II. Dados sobre o cuidador:

	PRÉ-OPERATÓRIO	PÓS- OPERATÓRIO
Auxiliar nas refeições	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar na higiene	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar para o vestuário	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar para a locomoção	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar na mobilização	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar para as	Sim()	Sim()

atividades fora do lar	Não() Obs:	Não() Obs:
Auxiliar na administração das medicações	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Auxiliar nas tarefas domiciliares	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Compartilhar problemas e preocupações	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Acompanhar às consultas com profissional da saúde	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:
Realizar o(s) curativo(s)	Sim() Não() Obs:	Sim() Não() Obs:

ANEXO 1: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2011

Do: Comitê de Ética em Pesquisa

Prof.: Wille Oigman

Para: Aut. Marcia Fernanda V. Pereira – Orient. Prof^a Lys Eiras Cameron

Registro CEP/HUPE: 2983/2011 (este número deverá ser citado nas correspondências referentes ao projeto)

CAAE: 0131.0.228.000-11

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto, "A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DO IDOSO SUBMETIDO À CIRURGIA ORTOPÉDICA: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM TRAUMATO-ÓRTOPÉDICA" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Prof. Wille Oigman
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

