



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



## A experiência do cuidador informal à luz da Teoria Geral da Enfermagem

Tamiris Uracs Sales Graça<sup>1</sup>, Silvia Cristina Mangini Bocchi<sup>1</sup>,  
Suzimar de Fátima Benato Fusco<sup>1</sup>, Marla Andréia Garcia de Avila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a vivência dos cuidadores informais na assistência ao idoso vítima de queda e fratura proximal do fêmur e cirurgia. **Método:** Estudo qualitativo, realizado em hospital de ensino, tendo como referencial metodológico a análise de conteúdo de Bardin e como referencial teórico a Teoria Geral da Enfermagem de Orem. **Resultados:** Dos 14 cuidadores informais, a maioria era do sexo feminino e filhas dos pacientes. A partir das falas dos participantes, emergiram as categorias temáticas: O dia da queda, um evento traumático; Agonia e tensão pela espera do leito e cirurgia; Medo, frustração e falta de preparo do cuidador informal; Modificações na vida, privações e sobrecarga do cuidador; cuidado resiliente. **Conclusão:** Os cuidadores informais devem ser capacitados desde a prevenção do evento até a transição do cuidado hospitalar para a reabilitação no domicílio, resgatando o papel do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar, sendo apoiado pela Teoria Geral da Enfermagem.

**Descritores:** Cuidadores; Idoso; Acidentes por Quedas; Fratura do Fêmur; Enfermagem Perioperatória.

## INTRODUÇÃO

O progressivo aumento da população de idosos no mundo tem se configurado em um dos maiores desafios da área de saúde pública. Um importante problema enfrentado é a elevada incidência de quedas, que devem ser consideradas evento importante na vida de um indivíduo idoso<sup>(1-3)</sup>. A queda causa diminuição da capacidade dos idosos, tanto para a independência funcional como para as atividades instrumentais da vida diária, tornando-os mais dependentes para o desempenho das mesmas<sup>(1-2)</sup>. As consequências das quedas nos idosos vão desde simples escoriações e medo de uma nova queda, até lesões graves, como as fraturas no fêmur proximal (FFP) com necessidade de um tratamento cirúrgico<sup>(3-5)</sup>.

Uma meta-análise incluindo estudos até 2012 aponta que aproximadamente 25%<sup>(4)</sup> dos idosos vão a óbito em até um ano após uma queda seguida por FFP e cirurgia. Estudo realizado na Alemanha, incluindo 391 idosos com 60 anos ou mais, verificou que os preditores de mortalidade são: estado cognitivo, condições de saúde, qualidade de vida pré-fratura e ser do sexo masculino<sup>(3)</sup>. Já no Brasil, análise de 2.126 óbitos por quedas em idosos, verificou que a chance de óbitos é significativamente maior para o gênero feminino, para a faixa etária acima de 69 anos, para idosos com cor de pele branca, para viúvos ou solteiros<sup>(6)</sup>.

Considerando o intenso envelhecimento populacional, a elevada incidência de quedas em idosos é contexto promissor às FFP com consequente acometimento de sua independência funcional. Na maioria das vezes, a reabilitação demanda novo arranjo familiar em atendimento às necessidades do idoso<sup>(7-8)</sup>. O grande desafio dos profissionais de saúde é fazer com que o idoso retorne às condições pré-cirurgia, e a recuperação da sua independência funcional e

qualidade de vida passa a ser um desafio também para os seus familiares.

Ao considerar o papel do cuidador de idosos, as investigações destacam os efeitos negativos dessa função, com destaque para as doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão e estresse<sup>(8-10)</sup>. Existe uma intensa aproximação da comunidade científica de enfermagem<sup>(8)</sup>, que tem aprofundado os estudos com idosos e cuidadores, com olhar voltado às estratégias e experiências que demonstram a importância da capacitação das famílias para realização do cuidado<sup>(10-12)</sup>. No entanto, as dificuldades no cuidado, tensão financeira, conflitos com o idoso e apoio social percebido como insuficiente são as principais causas de sobrecarga e sofrimento do cuidador<sup>(8)</sup>.

Sabe-se que as famílias apresentam diversas preocupações, muitas delas ligadas ao estágio de recuperação pelo qual o idoso passa<sup>(8)</sup>, e que os cuidadores estão inseridos em todas as etapas, estando ou não preparados para realizá-las ou enfrentá-las. Conhecer a experiência do cuidador informal, bem como, conhecer as necessidades dessa população também vulnerável às consequências das quedas em idosos, permite inseri-lo como importante agente na prevenção de quedas, no cuidado e reabilitação do idoso cirúrgico.

O estudo torna-se relevante considerando o envelhecimento da população, a elevada incidência de quedas seguidas por FFP em idosos e a necessidade do preparo das famílias desde a prevenção até a reabilitação no domicílio. Justifica-se a realização desta pesquisa, na medida em que, conhecer a experiência dos cuidadores informais possibilitará investimentos profissionais e sociais, no sentido de garantir a qualidade de vida do cuidador e consequentemente da assistência realizada ao idoso.

Diante do exposto, pergunta-se: Qual a experiência vivenciada pelo cuidador informal

desde o evento queda e FFP até a realização dos cuidados no pós-operatório no domicílio? Para responder esta inquietação, este estudo tem como objetivo compreender a experiência dos cuidadores informais na assistência ao idoso vítima de queda da própria altura seguida por FFP e cirurgia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, recomendado quando a pergunta da investigação demanda a compreensão da experiência do outro a fim de elucidar diferentes facetas do fenômeno. A pesquisa foi conduzida no ambulatório de ortopedia de um hospital de ensino do interior paulista, pertencente à DRS VI, com uma área de abrangência de 68 municípios.

Incluem-se no estudo os cuidadores informais, não remunerados, responsáveis pelos cuidados do idoso (60 anos ou mais) que sofreu a queda da própria altura seguida por FFP e cirurgia nos últimos 12 meses. Exclui-se do estudo os cuidadores de idosos que não compareceram ao retorno ambulatorial.

O estudo foi conduzido no segundo semestre de 2014 e no ano de 2015. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada elaborada para este estudo, utilizando um formulário composto pela caracterização do cuidador e a seguinte questão norteadora: Conte-me sua experiência, sentimentos e as dificuldades encontradas para cuidar do idoso após a queda, cirurgia e cuidados no domicílio?

As entrevistas com os cuidadores foram realizadas em momento único, em um ambiente reservado no ambulatório de ortopedia, que garantia a privacidade do pesquisador e entrevistado durante todo o período. Não houve nenhuma interrupção no momento da entrevista. O áudio

foi gravado em sua totalidade em um gravador de voz. Os cuidadores, para fins deste estudo, foram identificados com a numeração que lhes foi atribuída no momento das entrevistas (C01, C02, etc.), a fim de manter o anonimato sobre os mesmos. O fechamento amostral se deu por saturação teórica, ou seja, ocorreu a suspensão de inclusão de novos participantes da pesquisa quando os dados obtidos começaram a apresentar repetição e redundância, deixando de contribuir significativamente para o estudo.<sup>13</sup>

Trata-se um subprojeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Ofício 16-2014, vinculado ao projeto de pesquisa "Autonomia Funcional e risco para quedas em idosos em pós-operatório de fratura do quadril: da estimativa à prevenção no domicílio", aprovado pelo CEP - Protocolo 3967 - 2011. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa com a garantia de sigilo e anonimato.

Para organização e análise dos dados foi adotado como referencial metodológico a Análise de Conteúdo segundo Bardin<sup>(14)</sup>. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de comunicação que visa obter procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas, que a definem como uma técnica de pesquisa para descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação. O método de análise de conteúdo é composto de três fases: pré-análise (organização dos dados, leitura inicial de todo o conteúdo, escolha dos documentos ou registros e determinação de critérios); exploração do material (codificação em temas, que permite atingir a representação temática do conteúdo, compondo as categorias) e interpretação (os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos)<sup>(14)</sup>.

Os achados foram discutidos à luz da Teoria Geral de Enfermagem proposta por Orem<sup>(15)</sup> apoiada na premissa de que todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. Essa teoria é constituída por três construtos teóricos – autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. O autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. O déficit de autocuidado constitui a essência da Teoria, por delinear a necessidade da assistência de enfermagem, e justifica-se quando o indivíduo se acha incapacitado ou limitado para prover o cuidado contínuo e eficaz. E, por último, o sistema de enfermagem descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem e do sistema totalmente compensatório quando o indivíduo é incapacitado ou limitado; parcialmente compensatório, quando o enfermeiro e pacientes participam das ações; e sistema de apoio e educação, quando o indivíduo necessita de orientação e ensinamento<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 14 cuidadores informais de idosos que sofreram queda seguida de FFP e cirurgia. Dos cuidadores, onze eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idade entre 35 e 68 anos de idade. Dos participantes do estudo, seis tinham como formação o ensino médio, cinco cursaram até o ensino fundamental, dois tinham ensino superior e um era analfabeto. A renda mensal dos entrevistados variou entre dois a sete salários mínimos. O cuidado foi realizado predominantemente por filho(a) (9), seguido por esposo(a) (2), amiga (2) e nora (1).

A partir das falas dos sujeitos, emergiram cinco categorias temáticas: O dia da queda, um evento traumático; Agonia e tensão pela espera do leito e cirurgia; Medo, frustração e falta de preparo do cuidador informal; Modificações na vida, privações e sobrecarga do cuidador e Cuidado resiliente.

### *Categoria 1- O dia da queda, um evento traumático*

Das falas dos cuidadores informais, percebemos que o primeiro desafio passa a ser o evento inesperado da queda, já que muitas vezes o idoso era independente e o cuidador ainda não desempenhava esse papel. Os participantes do estudo parecem despreparados para assumir o cuidado ao idoso, e a queda passa a ser um evento traumático, conforme depoimentos:

- C5 Quem a socorreu foi a vizinha, aí minha irmã chegou do serviço, chamou a ambulância que trouxe ela. No dia seguinte, eu saí do serviço e vim pra cá.
- C6 Foi difícil, a gente pensa em tudo, que não ia conseguir andar mais. No momento sentimos medo, angústia. O momento mais difícil foi quando a vi caída no chão, porque a gente nunca acha que vai cair e se machucar de novo.
- C7 Acho que a parte mais difícil foi ver o resgate chegar, imobilizar e levar para o hospital.
- C12 A única coisa que a gente sentiu foi susto, porque o resto a gente empurra, tem que passar. Os problemas que a gente pensa, o que aconteceu, será que vai melhorar, não sabe o que vai ser, é difícil.
- C13 Na hora que ela caiu não conseguimos tirar ela do chão, aí chamamos a ambulância, lá não tinha ortopedista, o transtorno foi psicológico, ficamos abalados, com medo, não sabia o que fazer... todo mundo nervoso.

A partir das falas dos cuidadores, infere-se que a queda traz um temor especialmente por significar a incapacidade do idoso de cuidar de si mesmo. Segundo Orem, os requisitos de autocuidado são: manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; provisão de cuidados com eliminação, equilíbrio entre atividade e descanso e entre solidão e interação social; prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e desenvolvimento humano e em grupos sociais. Orem considera que os adultos são capazes de cuidar de si mesmo, no entanto, os idosos, devido à idade avançada e doenças, podem requerer a presença de um cuidador<sup>(15)</sup>, inclusive para prevenção das quedas.

Revisão de literatura conclui que entre as medidas de prevenção para as quedas, a intervenção multifatorial é descrita pelos trabalhos acadêmicos como a mais eficaz, utilizando adaptação do ambiente, incorporação de exercícios físicos, suplementação com vitamina D, retirada ou redução da dosagem de medicamentos, em especial os psicoativos, e avaliação da hipotensão postural<sup>(2)</sup>.

A percepção dos idosos em relação aos fatores de risco para as quedas existe, mas, muitas vezes, não são evitados, pois o indivíduo considera o "se cuidar" como uma arma infalível na prevenção, o que traz à tona o fenômeno da invisibilidade de alguns riscos impostos à saúde<sup>(5)</sup>. No que se refere aos familiares, estudo transversal incluindo 89 cuidadores informais de idosos que sofreram FFP aponta que 57,3% dos cuidadores informais consideravam não ter conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos e 85,4% relataram não ter recebido orientações dos profissionais da saúde sobre a prevenção de quedas. Nesse sentido, a prevenção de quedas configura-se em um aspecto essencial na atenção à saúde do idoso e um desafio aos profissionais de saúde e famílias<sup>(16)</sup>.

Cabe ressaltar que os enfermeiros atuantes e aqueles que coordenam os serviços de urgência e emergência intra e extra-hospitalares, devem estar preparados e capacitar as equipes para atuarem nas situações de queda, por meio de recursos físicos e humanos adequados<sup>(17)</sup>.

### *Categoria 2 – Agonia e tensão pela espera do leito e cirurgia*

A tensão do evento agudo da queda seguida por FFP também repercute na internação e agendamento da cirurgia, fazendo com que o idoso aguarde a espera do leito e realização do tratamento cirúrgico, aumentando o estresse dos familiares, conforme relatos dos participantes do estudo.

- C2 Esperar todo esse tempo, tanto tempo, a agonia de ter que esperar tanto tempo. Chegamos aqui, ficamos 12 horas esperando pra ter leito, ficar fora de casa. Teve que esperar pra transferir pra cá porque não tinha vaga, então demorou, ela ficou uma semana, já tava tudo roxo, inchado, ficando preto.
- C4 Ele ficou 10 dias internado, deu pneumonia nele e aí ficou mais 12 dias internado, então demorou, enquanto tinha febre não podia operar, e minha pressão ficava alta.
- C8 Esperar para conseguir um leito foi muito difícil[...]
- C10 Tive que ficar esperando vaga, essa espera foi ruim, acho que foi o mais difícil. [...] dá um desespero [...]
- C11 A espera pela cirurgia vai desgastando [...]
- C14 Demorou pra ela operar, então o difícil foi esse tempo [...]

A teoria de Orem está inter-relacionada com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, possibilitando que o enfermeiro assista aos idosos e suas famílias durante todo esse processo, participando os indivíduos no processo

de cuidado, visando à qualidade da assistência realizada e minimizando as complicações decorrentes da hospitalização<sup>(15)</sup>.

Esse tempo de espera referido pelos cuidadores informais pode estar relacionado ao aumento da incidência de quedas entre idosos, em consequência do aumento da expectativa de vida da população. A demora em realizar a cirurgia deve-se ao fato do idoso apresentar comorbidades e necessitar de uma estabilização clínica antes da realização do procedimento. Estudos mostram que a idade, comorbidades, estado cognitivo e tempo de espera para a cirurgia são os principais fatores preditores para a mortalidade após a fratura<sup>(3,6)</sup>.

Estudo que estimou os riscos de óbito e readmissão de idosos com alta por FFP nos hospitais do sistema público de saúde do Rio de Janeiro, Brasil, incluindo 2.612 idosos com internação não eletiva por FFP, mostrou que a taxa de readmissão em um ano, com a exclusão dos óbitos nesse período, foi de 17,8% e a taxa de mortalidade independente de readmissão foi de 18,6%. As causas mais frequentes de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório (29,5%) e quase 15% das causas das readmissões foram complicações cirúrgicas. A idade maior ou igual a 80 anos apresentou maior risco de readmissão e de óbito<sup>(1)</sup>.

### *Categoria 3- Medo, frustração e falta de preparo do cuidador informal*

Após o estresse vivido pela queda e pela realização da cirurgia, os cuidadores vivenciam uma nova etapa ao cuidar do idoso no domicílio. Muitas vezes essa situação pode ser difícil para o cuidador, principalmente pelo despreparo ao encarar essa nova função, conforme as falas dos cuidadores.

C1 No começo foi difícil, pois não estava- mos preparados. Foi uma mudança meio radical,

meio de urgência e não tinha nada preparado pra receber ele em casa e tive que providenciar tudo de uma hora pra outra.

- C2 Agora ela ficou assim, o fisioterapeuta fala que ela tem a força e tudo, mas ela não consegue andar mais.
- C3 Quando ela andava, ela ia ao banheiro, fazia tudo sozinha, agora não, usa fralda, tem que por comida na boca, é tudo pela gente, não anda mais, é cadeira e cama.
- C7 Dá impressão que voltou a ser criança novamente, tanto psicologicamente, mentalmente quanto na parte motora, porque ele ficou totalmente dependente.
- C8 O único momento difícil foi querer que ela ande e não está conseguindo tão rápido.
- C13 Nos primeiros dias, que ela ficava assim mais acamada, no leito, a gente tinha dificuldade, tinha medo de dar escara nela, porque, ficava só na cama, então pra gente foi difícil, trocar na cama, depois começou a ficar sentada, aí melhorou, mas o começo foi difícil, bem difícil.
- C14 Quando ela tava na cama, que tinha que dar comida na boca, a gente tinha que ajudar em tudo, tinha que por na cadeira, era tudo, então isso foi o pior, quando ela tava na cama, era muito dependente. No começo sentimos medo, ela não queria mais andar, tinha medo de cair, machucar de novo.

As dificuldades apontadas pelos entrevistados são as esperadas, considerando a realização da assistência a idosos realizada por cuidadores leigos. Essas dificuldades podem ser minimizadas com maior apoio ao cuidador informal na transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar. A teoria de Orem proporciona a visão do fenômeno da enfermagem permitindo que o enfermeiro, juntamente com o indivíduo, implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades, de maneira

que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado<sup>(15)</sup>. A teorista identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado, para os quais as famílias devem ser preparadas: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro<sup>(15)</sup>.

A literatura recomenda a utilização da educação em saúde como estratégia para minimizar a sobrecarga, considerando que cuidadores que apresentavam conhecimento sobre prevenção de quedas em idosos, mesmo que incompleto, empregavam medidas de prevenção para novos eventos, mas que estas ainda não estavam inseridas no processo de cuidar do idoso<sup>(16)</sup>. As falhas no autocuidado decorrem da deficiência de informações na alta hospitalar, cuja responsabilidade é do enfermeiro, principalmente no que se refere ao curativo, à correta limpeza e manutenção da ferida operatória. Tais falhas impossibilitam um cuidado domiciliar contínuo e satisfatório<sup>(19)</sup>.

Considerando o sistema de apoio educativo proposto por Orem, que é indicado quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento, faz-se necessário capacitar as famílias de forma sistemática, considerando suas necessidades, sendo uma medida adequada para minimizar o estresse vivido pelos cuidadores e também para que adquiram mais segurança para a realização dos cuidados no domicílio<sup>(15)</sup>.

#### *Categoria 4 – Modificações na vida, privações e sobrecarga do cuidador*

A sobrecarga de cuidadores informais é tema amplamente discutido pela comunidade científica<sup>(8)</sup>. Considerando os diferentes cenários

vivenciados pelas famílias, a sobrecarga na vida do cuidador informal passa a ser uma situação frequente, como podemos identificar nas falas dos participantes.

- C2 Mudou minha vida, porque agora, eu to vivendo pra ela, muda tudo. Eu tive que parar de trabalhar, eu tive que parar de estudar, que eu tava estudando.
- C3 Tem que ficar alguém direto pra cuidar dela, a gente ia ao médico com ela, na igreja, ela ficou uma criança praticamente, tem que pôr fralda, dar banho, pôr comida na boca, que nem uma criança.
- C5 Eu trabalhava à noite e durante o dia cuidava dela.
- C6 Não que me atrapalha, mas muitas coisas que eu queria fazer, eu não posso, porque eu tenho que cuidar dela, mas não me atrapalha.

Os cuidadores relatam as dificuldades enfrentadas no processo de cuidar do idoso no domicílio e a privação de outras atividades como cuidar dos filhos, da casa, do trabalho, entre outras. Um acúmulo dessas atividades deixa o cuidador sobrecarregado, podendo levá-lo até mesmo a algum tipo de adoecimento.

- C10 Mudou tudo, tive que parar de trabalhar, eu trabalhava fora e tive que parar. O dinheiro mudou, agora não tenho esse ganho mais.
- C11 Tudo mudou porque todo mundo tem que ajudar um pouco, todo mundo teve que mudar a rotina, a neta teve que deixar o emprego pra me ajudar a cuidar dela, essas coisas.
- C12 Fiquei mais presa dentro de casa, antes saia pra lá e pra cá e agora tem que depender dos outros, e eu não gosto de ficar pedindo pros outros. A gente tem que ter mais responsabilidade, pra marcar os compromissos, seguiu a gente mais dentro de casa.

As dificuldades no cuidado, tensão financeira, conflitos com o idoso e apoio social percebido como insuficiente são as principais causas de sobrecarga e sofrimento do cuidador informal. A participação na tomada de decisões, melhora do acesso às informações jurídicas e médicas, possibilidade de partilhar experiências de cuidado, existência de cuidador secundário e incremento do apoio social promovem a saúde mental e impulsiona a autoeficácia do cuidado, porém, sem redução significativa da sobrecarga do cuidador<sup>(8)</sup>. A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito da pessoa que cuida, além de que essa sobrecarga pode, de certa maneira, colaborar para o aparecimento ou agravamento de doenças. Dessa forma, a sobrecarga gerada pelo processo de cuidar, além de apresentar um conceito multidimensional, sofre, ainda, diversidade de influências associadas ao idoso e ao próprio cuidador<sup>(18)</sup>.

Estudo transversal incluindo 178 idosos e seus cuidadores identificou que 102 (57,3%) cuidadores apresentaram sobrecarga moderada; 44 (24,7%), pequena sobrecarga; 28 (15,7%) se encontravam com sobrecarga de moderada a severa e apenas 4 (2,2%) cuidadores com sobrecarga severa. Os homens apresentaram maiores chances de menor sobrecarga do que as mulheres e quanto mais independente o idoso, maiores as chances de menor sobrecarga do cuidador. Os autores recomendam o estímulo de ações voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, centradas na manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso, bem como implantar estratégias de organização do cuidado no domicílio, que incluam a saúde do cuidador, que poderão contribuir para minimizar os efeitos da sobrecarga sobre ele e melhorar sua qualidade de vida<sup>(18)</sup>.

Além da sobrecarga, cabe ainda uma discussão acerca da vulnerabilidade dos idosos.

Estudo brasileiro que objetivou desvelar as situações de vulnerabilidade relatadas por idosos que sofreram quedas e por seus cuidadores, em um hospital público, mostra que a vulnerabilidade individual está relacionada às comorbidades do idoso. A vulnerabilidade social foi observada por meio dos riscos ambientais e também pela ausência de um núcleo familiar preparado para o processo de cuidar e reabilitar o idoso. A vulnerabilidade institucional revelou-se na hospitalização e nos significados da queda, alertando para o medo de cair, o sentimento de culpa, a incapacidade, a perda de autonomia, a dor e o desconforto do idoso. Os autores reforçam que os profissionais de saúde devem estar capacitados para atender aos idosos a partir da identificação das situações de vulnerabilidade para queda e, com isso, atuar de forma preventiva.<sup>(17)</sup>

#### *Categoria 5– Realizando um cuidado resiliente*

As falas dos cuidadores demonstraram um sentimento afetivo aumentado pelo idoso após vivenciar o evento queda, fratura e cirurgia. Apesar das dificuldades relatadas pelos familiares, o convívio mais próximo trouxe, também, aspectos positivos vivenciados durante a realização do cuidado, especialmente pela reestruturação do vínculo.

- C1 Hoje ele tem o quartinho dele lá, vive junto comigo, na mesma casa. A gente tinha um afeto por ele, mas depois que a gente cuida aumenta mais aquela coisa de filho e pai, então pra ele foi ruim ter quebrado, ter caído e quebrado, mas pra mim foi bom conseguir ver melhor meu pai, curtir meu pai.
- C5 Eu cuidava dela e deixava ela bonitinha. Foi tudo tranquilo e não precisei mudar nada. Deu tudo certo, os horários, tudo se encaixou.
- C6 Não me atrapalha, é minha mãe, assim do contrario ta tudo bem, eu tento pôr ela pra

cima e tento pôr ela pra cima, tento fazer o melhor.

- C8 Quero a saúde dela e não dá um pingo de trabalho, faz tudo o que a gente pede, o carinho que eu tenho por ela... nossa!! Essa semana, a hora que ela deu um passo até mim eu me emocionei, até chorei, o difícil vai ser ter que deixar ela depois quando ela tiver andando melhor.
- C12 Gosto muito dela, gosto que fique em casa, é uma boa companhia. Então a gente vai aprendendo, vai passando pelas coisas. Eu vou sentir falta quando ela sair de casa, porque a gente acostuma, se eu fico sozinha a hora não passa, quero que ela vá porque é o que ela quer, mas aí não tem problema, depois eu vou passear, passo o dia com ela.

A resiliência refere-se a uma tendência de, sob estresse, responder com flexibilidade, e não com rigidez. A resiliência de cuidadores familiares de idosos doentes e dependentes é assunto que aparece como nova vertente de pesquisa, possivelmente em virtude da visibilidade que o fenômeno vem ganhando nos anos mais recentes, em que o aumento da longevidade e a necessidade de cuidados tornaram-se fatos mais palpáveis nas clínicas e nas famílias<sup>(20)</sup>.

O presente estudo corrobora com a literatura, apontando que nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar. Isso pode ser explicado com a utilização de diferentes estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes<sup>(20,21)</sup>. Revisão de literatura conclui que a proximidade familiar com o doente, etnia negra, boa qualidade de vida, hábitos de vida saudáveis, otimismo e satisfação com a vida parecem ter influência no aumento da resiliência dos cuidadores<sup>(21)</sup>. A resiliência também mostrou ser promovida por meio do apoio familiar, social e financeiro adequado, pela ajuda e divisão das responsabilidades do cuidado, pelo melhor

estado físico e emocional do cuidador e pelo conhecimento que este tem sobre a doença<sup>(21)</sup>, reforçando aqui o papel do enfermeiro na educação para a saúde. Esses fatores corroboram para amenizar a sobrecarga física e emocional, fortalecem e possibilitam o enfrentamento das adversidades e desafios, o que, consequentemente, é transpassado em qualidade na assistência da pessoa cuidada. A realização de um cuidado resiliente, relatada pelos cuidadores informais, é um tema pouco abordado na literatura, indicando a necessidade de novos estudos.

Por fim, o estudo traz uma contribuição importante à enfermagem, reforçando a importância de um planejamento de prevenção de quedas e educação em saúde bem como a importância de inserir o cuidador como “parceiro” na atenção à saúde do idoso.

Uma das limitações deste estudo é não ter incluído um grupo amostral de cuidadores de idosos que vivenciaram a fratura do fêmur seguido por graves complicações e óbito, situações que poderiam trazer novos achados ao estudo. Ademais, os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados, devendo ser realizados estudos na temática com outros desenhos metodológicos.

## CONCLUSÃO

A queda de um idoso seguida por FFP é um evento agudo e traumático também aos cuidadores informais que se encontram despreparados para essa nova etapa. As dificuldades acontecem desde o dia da queda, passando pela hospitalização, tensão pela espera da internação e cirurgia e acentuam-se na realização dos cuidados no domicílio, que muitas vezes acontece sem o preparo adequado.

Mesmo com o empenho das famílias, o idoso muitas vezes não retoma sua indepen-

dência funcional e condições para realizar o autocuidado, frustrando ainda mais o cuidador informal. Toda essa problemática acaba gerando uma sobrecarga na vida do cuidador informal, que precisa muitas vezes privar-se de suas necessidades para atender às necessidades do idoso. Entretanto, cabe destacar que alguns cuidadores realizam um cuidado resiliente, e muitas vezes, a tarefa de cuidar permite o reestabelecimento do vínculo afetivo e o resgate de muitos sentimentos positivos.

Por fim, compreender as diferentes fases e necessidades e fazer cuidado planejado a cada família, ainda é um grande desafio a ser percorrido com vistas à qualidade de vida de idosos e cuidadores. O estudo sinaliza que os cuidadores informais devem ser capacitados desde a prevenção do evento até a transição do cuidado hospitalar para a reabilitação no domicílio, resgatando o papel do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar sendo apoiado pela Teoria Geral da Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Paula FL, Cunha GM, Leite IC, Pinheiro RS, Valente JG. Elderly readmission and death after discharge from treatment of hip fracture, occurred in public hospitals from 2008 to 2010, Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 June [cited 2018 Jan 09]; 18(2): 439-453. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000200439&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200439&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020012>.
2. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2014; 17(4):897-910. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
3. Bliemel C, Sielski R, Doering B, Dodel R, Balzer-Geldsetzer M, Ruchholtz S, Buecking B. Pre-fracture quality of life predicts 1-year survival in

- elderly patients with hip fracture-development of a new scoring system. *Osteoporos Int.* 2016; 27:1979-87. DOI 10.1007/s00198-015-3472-8 Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26733375>
4. Hu F, Jiang C, Shen J, Tang P, Wang Y. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury.* 2012; 43(6):676-85.
5. P, Myskiw M, Myskiw JC. Falls' problematization and risk factors identification through older adults' narrative. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 09]; 21(11): 3565-3574. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103565&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103565&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>
6. Rosa TSM, Moraes AB de, Peripolli A, Santos FVAV dos. Epidemiologic profile of elderly people who died because of falls in Rio Grande do Sul state, Brazil. *Rev bras geriatr gerontol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 11]; 18(1): 59-69. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100059&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100059&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14017>.
7. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Family participation to elderly rehabilitation with femoral fracture. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):601-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680517i>
8. Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e51069. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>.
9. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO dos, Paskulin LMG. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 11]; 36(1): 14-20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>.
10. Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. The family relationship and the

- burden level on family caregivers. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013 June [cited 2016 July 18]; 17( 2 ): 346-353. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>.
11. Morrow EM, Nicholson C. Carer engagement in the hospital care of older people: an integrative literature review. *International Journal of Older People Nursing* 2016; 11(4), 298–314. doi: 10.1111/opn.12117
  12. Liu HY, Yang CT, Cheng HS, Wu CC, Chen CY, Shyu YI. Family caregivers' mental health is associated with postoperative recovery of elderly patients with hip fracture: A sample in Taiwan. *J Psychosom Res* 2015; 78:452–458
  13. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. [periódico online]. 2008 [acesso em: 13 jun 2016]. 24(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
  14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.
  15. Foster PC, Benett AM, Dorothea E. Orem: In: George JB. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000. 375p. p.83-101
  16. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Ciênc saúde coletiva* 2015; 20(6):1901-7.
  17. Luzardo AR, Paula Junior NF, Medeiros M, Lima LSB, Wolkers PCB, Santos SMA. Fall of elderly: revealing vulnerability situations. *REME – Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1025. Available from: DOI: 10.5935/1415-2762.20170035
  18. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. *Rev Latino am Enferm* 2013; 21:1096-103.
  19. Giordani AT, Stadler DV, Paulino GME, Zanardo RR, Sonobe HM, Valerio MA. Demand of hospitalized surgical patients information: a descriptive and prospective study. *Online braz j nurs* [internet] 2016 Jun [2016 August 12]; 15 (2):124-133. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5286>
  20. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 May [cited 2016 July 28]; 20( 5 ): 1475-1495. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>.
  21. Manzini CSS, Brigola AG, Pavarini SCI, Vale FAC. Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Rev bras geriatr gerontol*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Jan 16]; 19( 4 ): 703-714. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>.

---

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recebido: 18/08/2016  
 Revisado: 09/01/2018  
 Aprovado: 08/01/2018