



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**ATITUDE DO IDOSO
FACE À DEPENDÊNCIA NO
AUTOCUIDADO PARA ANDAR**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por: Patrícia Micaela Freitas Câmara

Setembro, 2011



REGIÃO AUTÓNOMA DA
MADEIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
FSE



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**ATTITUDE DO IDOSO
FACE À DEPENDÊNCIA NO
AUTOCUIDADO PARA ANDAR, APÓS
TRATAMENTO CIRÚRGICO POR FRACTURA DA
EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÉMUR**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por: Patrícia Micaela Freitas Câmara

Sob orientação do: Enfermeiro, Doutor Élvio Henriques de Jesus

Co-orientação da: Professora, Mestre Maria Teresa de Ornelas e Vasconcelos A. Morna Freitas

Setembro, 2011

"Man often becomes what he believes himself to be (...)

If I have the belief that I can do it,
I shall surely acquire the capacity to do it
even if I may not have it at the beginning."

Mahatma Gandhi

Dedico este trabalho a Toda a minha Família...!

À minha Avó Deolinda e ao meu Avô António...!

Ao meu Marido, Vitorino ...!

Convicta de que iremos Todos envelhecer ... Felizes...!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho exigiu grande dedicação e perseverança que sem o auxílio de várias pessoas não conseguiríamos alcançar tal objectivo. Sendo assim, gostaríamos de registar o nosso agradecimento:

À Universidade Católica Portuguesa, em nome da Sr^a Professora Doutora Margarida Vieira, por esta oportunidade de realizar o Mestrado Académico em Enfermagem e pela sua coordenação;

Ao Sr. Enfermeiro, Doutor Élvio Henriques Jesus, pela sua orientação, disponibilidade e esclarecimento, proporcionado ao longo deste percurso;

À Sr^a Professora, Mestre Maria Teresa de Ornelas e Vasconcelos A. Morna Freitas, co-orientadora, pelas suas observações e orientações sempre pertinentes, durante a elaboração deste trabalho;

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (Direcção, Equipa de Docentes e Funcionários), pelo apoio e flexibilidade de condições possíveis para a realização deste estudo;

Ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE, por conceder a devida autorização para a colheita de dados;

Aos juízes que validaram a análise de dados, nomeadamente, à Sr.^a Professora, Doutora Merícia Bettencourt e à Sr.^a Professora, Mestre Rita Figueiredo, que também validaram o instrumento de colheita de dados, assim como, a Sr.^a Professora, Doutora Clara Sales Correia e a Sr.^a Professora, Doutora Otília Freitas;

Aos idosos que aceitaram partilhar as suas experiências e saberes, sem os quais a realização deste estudo não poderia ser possível;

Aos profissionais de saúde e funcionários das diferentes unidades de serviço de ortopedia, aquando da criação das condições para a colheita de dados;

Aos colegas de Curso de Mestrado Académico em Enfermagem Avançada e aos meus amigos, pela troca de experiências e conhecimentos;

À minha Família e ao meu irmão, pelo apoio e ajuda no ultrapassar das minhas dificuldades. A sua confiança e fé neste trabalho foram, e serão sempre um motivo de ânimo.

Ao Vitorino pelo amor, paciência e compreensão!

Obrigada!

RESUMO

No presente estudo propusemo-nos responder ao seguinte problema de investigação: “Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur?”, com o principal objectivo de descrever essa mesma atitude face à situação (dependência no autocuidado para andar). Neste contexto, estruturamos este trabalho, do tipo exploratório-descritivo, de nível I, em três fases distintas: conceptual, metodológica e empírica.

Na fase conceptual realizamos o enquadramento do problema deste estudo e a fundamentação dos conceitos, no domínio da investigação científica, com o objectivo de nos fornecer referências para interpretação sustentada dos resultados.

Na fase metodológica, foi definida a amostra, tendo por base o método de amostragem não probabilística accidental, composta por dez participantes: idosos com mais de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente; com fractura da extremidade proximal do fémur, submetidos a uma intervenção cirúrgica. Como técnica de recolha de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada, constituída por questões fechadas, através das quais foram caracterizados os participantes em estudo e por questões abertas e orientadoras, no sentido de descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar. As técnicas de análise de dados da variável em estudo utilizadas foram a análise de conteúdo e análise de asserção avaliativa, com base em Bardin (2008) e Vala (2009).

A fase empírica, incluiu a apresentação da análise dos dados colhidos e a codificação da variável em estudo, nas categorias: cognitiva, afectiva e comportamento (Neto, 1998). Identificámos 200 unidades de enumeração, sendo 97 (48,5%) da categoria afectiva; 58 (29,0%) da categoria cognitiva e 45 (22,5%) da categoria comportamento. O resultado da codificação da variável em estudo, obtido pela análise de asserção avaliativa, foi de 0,95 pontos numa escala de favoritismo / desfavoritismo de sete pontos [-3 a +3], o que corresponde a uma atitude tendencialmente favorável e/ou positiva, num grau de intensidade de cerca de um ponto.

Considerando a escassez de estudos, realizados por outros autores, directamente relacionados com esta problemática de investigação, concluímos que há uma necessidade de desenvolver mais pesquisas nesta área.

Não obstante os resultados deste estudo, acreditamos que eles podem constituir uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e, assim, proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

SUMMARY

In this study we proposed to answer the following research problem: "What is the attitude of the elderly who are dependent on self-care for walking after surgery for fracture of the proximal femur?" With the main aim of describing the attitude the in relation to situation (dependence on self-care for walking). In this context, we have structured this work, an exploratory-descriptive level I, in three distinct phases: conceptual, methodological and empirical.

In the conceptual phase of the problem we conducted the problem of this study and the grounds of the concepts in the field of scientific research, with the goal to provide references for sustained interpretation of the results.

In methodological phase, the sample was defined, based on the non-probability accidental sampling, composed by ten participants: people over 65 years old, conscious, capable of coherent verbal response; fracture of the proximal femur, underwent surgery for fracture of the proximal femur. As data collection technique, we used semi-structured interview, consisting of closed questions, which characterized the participants in the study and open and guided questions in order to describe the attitude of the elderly whoa are dependent on self-care for walking. The data analysis techniques of the variable under study were used content analysis and analysis of evaluative assertion, based on Bardin (2008) and Vala (2009). In the analysis of the collected data we present the coding of the variable under study, in the: cognitive, affective and behaviour categories (Neto, 1998).

The empirical phase, included the presentation of the analysis of collected data and the coding of the variable under study, in the cognitive, affective and behaviour categories. We identified 200 units of enumeration, of which 97 (48.5%) were included in the affective category, 58 (29.0%) in the cognitive category and 45 (22.5%) in the category behaviour. The result of encoding the variable under study, obtained by evaluative assertion analysis, was 0.95 points on a scale of favouritism / no favouritism of seven points [-3 to +3]. This corresponds to an attitude which tends to be favorable and / or positive in a degree of intensity of about one point.

Considering that we didn't find any research studies within this subject allowing the comparison of our results, we conclude that there is a need to develop more research in this area.

Notwithstanding the results of this study, we believe that they may constitute an improvement to the delivery of nursing care for the elderly and thus provide them with better quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ADL - Activities of Daily Living

AIVD - Actividade Instrumentais de Vida Diária

AVD - Actividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DREM – Direcção Regional de Estatística da Madeira

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

FEPE – Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur

Fi – Frequência absoluta

Fr – Frequência relativa

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

OP – Osteoporose

PI[C]OD - Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes; Desenho

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

RAM – Região Autónoma da Madeira

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCP - Universidade Católica Portuguesa

* - Asterisco

% - Percentagem

et al. – e outros

h – Hora

Kg – Kilograma

m² - Metro quadrado

min - minuto(s) (de tempo)

p. - página

ÍNDICE

f.

0 - INTRODUÇÃO	17
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	21
2 - REVISÃO DE LITERATURA	27
3 - QUADRO DE REFERÊNCIA	43
3.1 - A pessoa idosa e o processo de envelhecimento	43
3.1.1 - Envelhecimento e a saúde física.....	46
3.1.2 - Envelhecimento e saúde mental	47
3.1.3 - Envelhecimento sociológico.....	49
3.1.4 - Envelhecimento, espiritualidade e religiosidade	52
3.2 - A pessoa idosa e as transições de vida	55
3.2.1 - O idoso e as fracturas da anca	57
3.2.2 - A autonomia, a independência e a dependência no idoso	61
3.3 - O autocuidado	64
3.3.1 - Autocuidado: definição e análise do conceito.....	66
3.3.2 - Factores influenciadores no autocuidado	70
3.3.3 - Consequências do autocuidado	72
3.4 - A atitude	73
3.4.1 - Estrutura e características da atitude	76
3.4.2 - Formação e consequências da atitude.....	82
3.4.3 - Modificação da atitude	86
3.4.4 - Atitude e comportamento	89

4 - METODOLOGIA	93
4.1 - Tipo de estudo	94
4.2 - Procedimentos utilizados na recolha de dados.....	96
4.2.1 - População, participantes no estudo e determinação do meio	96
4.2.1.1 - Amostra	99
4.2.2 - Técnicas de colheita de dados	100
4.2.2.1 - Instrumento de colheita de dados	104
4.2.2.2 - Validação do instrumento de colheita de dados.....	106
4.2.2.3 - Pré – teste	107
4.3 - Procedimentos utilizados na análise de dados.....	107
4.3.1 - Técnica de análise de dados	108
4.3.1.1 - Categorização	110
4.3.1.2 - Codificação	127
4.3.1.3 - Quantificação	128
4.3.1.4 - Análise de asserção avaliativa.....	130
4.3.2 - Validade e fidelidade dos dados	134
4.4 - Aspectos éticos.....	136
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	139
5.1 - Dados de caracterização dos participantes.....	140
5.2 - Dados relativos à variável em estudo	148
5.2.1 - Análise das afirmações referentes à categoria afectiva	150
5.2.1.1 - Subcategoria Sentimentos/Emoções	154
5.2.1.2 - Subcategoria Valores	160
5.2.2 - Análise das afirmações referentes à categoria cognitiva.....	161
5.2.2.1 - Subcategoria Crenças/Fé.....	163
5.2.2.2 - Subcategoria Pensamento/Ideia	164

5.2.2.3 - Subcategoria Opinião	165
5.2.3 - Análise das afirmações referentes à categoria comportamento.....	167
5.2.3.1 - Subcategoria Comportamento/Intenção	169
5.2.3.2 - Subcategoria Comportamento/Ação.....	170
5.2.4 - Análise de asserção avaliativa da variável em estudo	172
6 - CONCLUSÃO	179
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
8 - APÊNDICES.....	193
APÊNDICE A Folha de informação ao participante.....	195
APÊNDICE B Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados	199
APÊNDICE C Autorização aplicação do instrumento colheita de dados	203
APÊNDICE D Instrumento de colheita de dados	207
APÊNDICE E Pedido de validação do instrumento de colheita de dados	213
APÊNDICE F Pedido para validação da análise de conteúdo.....	217
APÊNDICE G Consentimento livre e esclarecido conteúdo	223
APÊNDICE H Análise de asserção avaliativa	227

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1– Estrutura das atitudes segundo três dos modelos mais utilizados.....	80
Figura nº 2– Escala visual analógica, numérica, qualitativa da dor e das faces....	118
Figura nº 3 – Escala de sete pontos: direcção/intensidade	133

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - População alvo: Critérios de inclusão.....	98
Quadro nº 2 - Dados de caracterização: Demográficos.....	112
Quadro nº 3 - Dados de caracterização: Algumas condições físicas.....	113
Quadro nº 4 - Dados de caracterização: Grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias – Avaliação funcional – Índice de Barthel.....	115
Quadro nº 5 - Pontuação do Índice de Barthel.....	117
Quadro nº 6 - Dados de caracterização: Nível de dor.....	118
Quadro nº 7 - Outros dados de caracterização relevantes.....	118
Quadro nº 8 - Variável em estudo: Atitude – categorias / subcategorias.....	119
Quadro nº 9 – Caracterização demográfica.....	142
Quadro nº 10 – Caracterização física.....	143
Quadro nº 11 – Grau de independência / dependência nas actividades de vida diárias.....	144
Quadro nº 12 – Frequência relativa do grau de independência / dependência nas actividades de vida diárias dos participantes.....	145
Quadro nº 13 – Nível de dor.....	147
Quadro nº 14 – Categorias e respectivas unidades de enumeração, de acordo com as unidades de registo, por cada entrevista.....	148
Quadro nº 15 – Distribuição das unidades de enumeração por cada categoria, subcategoria e por entrevista.....	149
Quadro nº 16 – Distribuição das unidades de enumeração por cada categoria, subcategoria e por entrevista.....	151

Quadro nº 17 – Distribuição das unidades de enumeração referente à subcategoria sentimentos e respectivas sub-subcategorias e por entrevista	152
Quadro nº 18 – Subcategoria Sentimentos/Emoções – unidades de registo (exemplos).....	157
Quadro nº 19 – Subcategoria Valores – unidades de registo (exemplos).....	160
Quadro nº 20 – Distribuição das unidades de enumeração referente à categoria cognitiva e respectivas subcategorias e por entrevista	161
Quadro nº 21 – Subcategoria Crença / Fé – unidades de registo (exemplos).....	163
Quadro nº 22 – Subcategoria Pensamento / Ideia – unidades de registo (exemplos)	165
Quadro nº 23 – Subcategoria Opinião – unidades de registo (exemplos)	166
Quadro nº 24 – Distribuição das unidades de enumeração referente à categoria comportamento e respectivas subcategorias e por entrevista	167
Quadro nº 25 – Subcategoria Intenção – unidades de registo (exemplos)	169
Quadro nº 26 – Subcategoria Acção – unidades de registo (exemplos).....	171
Quadro nº 27 – Demonstração de exemplos da técnica de análise de asserção avaliativa, da variável em estudo.....	173
Quadro nº 28 – Análise de asserção avaliativa da variável em estudo, por categoria e subcategoria da atitude.....	175

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Índice de Massa Corporal (IMC)	143
Gráfico nº 2 – Avaliação do grau de independência / dependência segundo a escala de Barthel.....	144
Gráfico nº 3 – Pontuação [0-100%] do grau de independência [100%] / dependência [0%] nas actividades de vida diárias dos participantes.....	146
Gráfico nº 4 – Distribuição das unidades de enumeração por categoria	148
Gráfico nº 5 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria.....	149
Gráfico nº 6 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria .	150
Gráfico nº 7 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto referente à categoria afectiva.....	151
Gráfico nº 8 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto referente à subcategoria sentimentos/emoções e respectivas sub-subcategorias.....	153
Gráfico nº 9 – Distribuição das unidades de enumeração referente à subcategoria sentimentos/emoções e respectivas sub-subcategorias.....	153
Gráfico nº 10– Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria da categoria cognitiva	162
Gráfico nº 11 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria da categoria cognitiva.....	162
Gráfico nº 12 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria da categoria comportamento	167
Gráfico nº 13 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria da categoria comportamento	168

Gráfico nº 14 – Análise de asserção avaliativa: Codificação na escala de 7 pontos [-3 a +3], por subcategoria da atitude.....	176
Gráfico nº 15 – Análise de asserção avaliativa (codificação: dos conectores verbais e qualificadores), por subcategoria da atitude	177
Gráfico nº 16 – Análise Avaliativa: Resultado na escala de 7 pontos [-3 a +3], por categoria da atitude e resultado global	177

0 - INTRODUÇÃO

A Vida é o Bem mais precioso que o Homem tem. É neste contexto privilegiado da nossa vivência que a Enfermagem, como ciência e profissão autónoma, procura dar resposta, objectivando “dar vida aos anos ou dar anos à vida!”. Hoje vivenciamos um “novo” fenómeno, o aumento da longevidade da população, associado a todas as transições inerentes ao próprio envelhecimento (por exemplo: osteoporose, elevada incidência de fracturas da anca, entre outros, ocorrendo ou não, situações de dependência).

A evolução das ciências de saúde e das suas áreas prioritárias de actuação, ao longo dos tempos, tem influenciado as atitudes dos utentes, bem como as dos profissionais de saúde. De modo que, as próprias necessidades em cuidados de saúde específicos, nomeadamente em cuidados de enfermagem gerontológicos e de reabilitação são equacionadas no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida e sucesso nas transições de vida, particularmente às pessoas idosas, no final do ciclo de vida.

Mediante a oportunidade de realizar uma dissertação, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Avançada, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, para a obtenção do grau académico de mestre, propusemo-nos responder ao seguinte problema de investigação: **“Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur?”**

Para além de pretendermos descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, procuraremos que o nosso estudo seja um contributo para a

melhoria da prestação de cuidados de enfermagem a idosos em situações idênticas ou similares e conseqüentemente proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Os participantes do nosso estudo foram idosos situados na faixa etária acima de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente; com fractura da extremidade proximal do fêmur, submetidos a uma intervenção cirúrgica; apresentando dependência no autocuidado para andar entre outros critérios de inclusão.

Para a realização deste estudo, tivemos como referência alguns autores que se preocuparam com esta temática, tais como: Dorothea Orem (1983), Sanmarti (1988), Neto (1998), Sidani (2003), Paúl & Fonseca (2005), Meleis (2007); Baixinho (2008), Oliveira (20008a, 2008b), Young & Ressnick (2009), Jacelon (2004, 2010), entre outros. No que concerne à metodologia baseamo-nos nos pressupostos de Polit & Hungler (1995), Strubert & Carpenter (1999), Amado (2000), Burns & Grove (2001), Fortin (2003), Bardin (2008), Vala (2009).

Assim, este trabalho será apresentado em três fases distintas: conceptual, metodológica e empírica.

Na fase conceptual formulamos a questão de investigação que partiu da nossa inquietação, fruto da nossa experiência profissional em enfermagem, assim como, da vivência familiar. Esta fase constituirá a contextualização ou o enquadramento do problema deste estudo, procurando situá-lo no contexto da investigação (capítulo 1). Será igualmente apresentada a revisão de literatura (capítulo 2, cujas referências bibliográficas serão mencionadas no capítulo 7), fundamentada em estudos publicados por outros autores afins a esta temática, que nos ajudarão na compreensão do problema em estudo e a situá-lo no estado actual do conhecimento. Por conseguinte, partiremos para as abordagens conceptuais, inerentes aos conceitos de atitude do idoso e dependência no autocuidado para andar (capítulo 3).

A fase metodológica, que inclui a metodologia de base ao planeamento e organização do estudo, ou seja, a descrição do desenho que estamos convictos ser apropriado para dar resposta ao nosso problema de investigação, será apresentada no capítulo 4. Tivemos, igualmente, em conta alguns aspectos relacionados com a sua validade, fidelidade bem como considerações éticas.

No capítulo 5, correspondente à última fase, a empírica, descrevemos a análise e discussão dos dados obtidos a partir da ferramenta de colheita de dados e respectiva confrontação com os resultados de outros autores, assim como, a justificação de alguns dados com base nos conhecimentos adquiridos na fundamentação teórica.

No capítulo 6, mencionamos os principais resultados, limitações e dificuldades inerentes à pesquisa. Resultado do nosso estudo e como contributo para esta temática de investigação acrescentamos algumas sugestões.

Pretenderemos que o produto deste trabalho, os resultados obtidos, mais que fazerem parte de um arquivo bibliográfico, possam representar um contributo efectivo para a reflexão e melhoria da realidade estudada. E, se possível, que proporcione novos conhecimentos científicos, mais autonomia, maior responsabilidade profissional, melhor eficácia mas acima de tudo, que contribua para promover a sensibilidade dos enfermeiros sempre na perspectiva do cuidar holístico do idoso dependente no autocuidado para andar.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Progressivamente, a Enfermagem ao longo dos tempos foi impondo um discurso próprio e uma finalidade específica, que passa pelo cuidar ao longo do ciclo vital.

Um dos fenómenos mais recentes e actuais deste último século e que tem vindo a merecer específica atenção e preocupação do Homem é o das transições inerentes ao próprio envelhecimento e a dependência/incapacidade funcional, por vezes, associada a este mesmo facto, no final do ciclo de vida.

A nível mundial, este é um fenómeno significativo, uma vez que se evidencia um rápido crescimento do número de pessoas idosas em relação ao resto da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Abril, 2002) definiram-se as directrizes que orientam as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. Ou seja, foram definidas internacionalmente estratégias para enfrentar os desafios do aumento quantitativo das pessoas com mais de 60 anos de idade e as propostas resultantes deste evento basearam-se numa nova concepção sobre a velhice, construída em torno do conceito de envelhecimento activo.

Esta preocupação é evidente na sociedade Portuguesa e está patente no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004/2010 “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países” (Portugal, 2004, p.3). Para além disso, este programa assenta a sua missão e filosofia em três grandes pilares fundamentais: “a promoção do envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; a maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; a promoção e desenvolvimento

intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas” (Portugal, 2004, p.3).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), de acordo com o Plano Gerontológico, “Viver mais, Viver Melhor 2009/2013”,

“O envelhecimento é uma etapa do ciclo vital, sendo que, idealmente, deve ser vivida de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível. Esta premissa implica, naturalmente, um exercício de mudança nos comportamentos e atitudes da população, em geral, formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanhem o envelhecimento individual e demográfico e adaptação do meio envolvente às debilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada” (p. 12).

Com efeito, a realidade vivenciada na RAM não difere dos vários fenómenos sócio-demográficos que têm originado um crescente envelhecimento da população mundial, proporcionando em alguns países a chamada tendência para a “*inversão da pirâmide*”. De acordo com a Direcção Regional de Estatística da Madeira (DREM), e “à semelhança dos anos anteriores, em 2008, o índice de envelhecimento demográfico (relação entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) manteve-se inferior a 100, fixando-se nos 73,6 indivíduos idosos por cada 100 jovens” (Portugal, Março, 2010).

Esta “*tendência sócio-demográfica*” associada aos índices elevados de longevidade, esperança de vida e de dependência de idosos, assim como, a outros fenómenos inerentes ao próprio envelhecimento (por exemplo: osteoporose, elevada incidência de fracturas da anca, entre muitos outros) tem constituído uma preocupação dominante dos serviços de saúde e da sociedade em geral e, em particular, tem influenciado profundamente as práticas dos cuidados de enfermagem.

Em Portugal, no ano de 2006, ocorreram 9523 fracturas do colo do fémur, as quais, para além de consumirem cerca de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares, são uma importante causa de morbilidade e mortalidade. De acordo com a circular da Direcção Geral de Saúde (DGS) (Portugal, 2008) “os doentes com fractura do fémur proximal têm uma mortalidade estimada entre 20% e 30% no ano seguinte à fractura e apenas 15% dos doentes com fractura do colo femoral recuperam a capacidade funcional prévia, ficando cerca de 40% com incapacidade grave” (p.1).

Reforçam ainda estes mesmos dados, a investigação de Alves *et al.* (2007), no seu artigo de investigação “Epidemiologia das Fracturas do Fémur em Portugal” onde afirmam existir “ligação consensual entre a osteoporose e as fracturas do colo do fémur” e acrescentam que, associadas à alteração demográfica poderão estar “alterações de hábitos alimentares e de prática de exercício físico, podendo conduzir ao agravamento do problema da osteoporose e conseqüentemente ao aumento de fracturas do fémur, nomeadamente das do colo.” Referem-nos ainda que “com o aumento previsível do número de indivíduos que irão sofrer de osteoporose e que estarão em risco de contrair uma fractura do fémur, o custo com este tipo de fracturas será ainda mais elevado, valorizando que em média, cada internamento por fractura do fémur, quer do colo quer de outras localizações, representa um custo superior a 4.100 euros” (p.80).

Relativamente ao género e idade, Alves *et al.* (2007), baseando-se nos resultados de Dennison & Cooper afirmam que “as fracturas do colo do fémur são mais frequentes nas mulheres que nos homens, e crescem exponencialmente com o aumento da idade, o que está de acordo com o esperado e descrito na literatura” (p.80). Salientam-nos ainda, citando o autor Gold (2001), que “grande percentagem de casos podem ser mais seguramente atribuídos à osteoporose e os custos mais elevados neste tipo de fracturas podem representar graves problemas para o país; quer a nível financeiro, com o financiamento das hospitalizações, quer a nível social, uma vez que este tipo de fracturas induz grande incapacidade quer física, quer psicológica” (p.80). Partilha ainda desta mesma ideia Felicíssimo (2009), ao afirmar que: “Hoje já existem tratamentos indicados para a osteoporose pós fractura que previnem a ocorrência de uma segunda fractura e todas as conseqüências económicas e sociais que esta situação implica” (p.1).

De acordo com Baixinho (2008, p.80) diversos estudos demonstram, através dos seus resultados que, após a fractura, há um aumento de morbidade e de mortalidade, com elevados custos para a saúde individual e económicos, com um dispêndio acrescido em serviços de saúde. Entre vários autores, referencia Zuckerman, (2000) e Lin & Chang (2004), aludindo que “Acima dos 50 anos o risco de fractura do colo do fémur aumenta 100% em cada 10 anos. A maioria dos idosos não consegue recuperar a independência para a realização das actividades de vida diária – básicas e instrumentais. A mortalidade também aumenta entre 10-35% no primeiro ano pós-fractura, associada aos inconvenientes da imobilidade, bem como os reinternamentos e os gastos com a

saúde”. Cita ainda, Ingemarsson *et al.* (2003) expondo que “Após a fractura (e cirurgia) a capacidade de marcha é a mais afectada, o que condiciona a possibilidade de uma vida independente”.

Para Young & Resnick (2009), a mobilidade comprometida e a capacidade de autocuidado afecta, não apenas a independência funcional de uma pessoa mas a sua família e a sociedade como um todo. Acrescentam ainda que, “pelo facto de frequentemente a fractura da anca estar associada ao envelhecimento, a sua incidência é indubitável a aumentar. O custo da saúde e a capacidade da sociedade para proporcionar cuidados necessários aos idosos, com fractura da anca, é uma questão crucial na saúde” (p.110).

Assim, e de acordo com o relatório de actividades de três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em Janeiro de 2010, um dos diagnósticos mais frequentes, que motivou maior número de propostas para a referenciação nesta rede, em cerca de 14%, foi o de fracturas.

Em Portugal, de acordo com a DGS (Portugal, 2003a)

“verifica-se, em alguns serviços hospitalares, a preocupação em diminuir os tempos de internamento e em instituir protocolos multidisciplinares para o tratamento e reabilitação dos doentes com fracturas da extremidade proximal do fémur, pois reconhece-se uma grande disparidade de actuações, como por exemplo no tempo médio de internamento (varia entre 6 a 29,2 dias), consoante os serviços hospitalares” (p.8).

Pelos factos apresentados anteriormente, associados à experiência profissional de enfermagem e à vivência familiar de uma situação idêntica, e enquanto investigador deste estudo, julgamos ser de interesse primordial e actual, reflectir, a temática atitude do idoso e a dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur.

É particularmente preocupante a dependência no andar no grupo etário dos idosos, por se considerar que esta intercede com os outros autocuidados. Pois, esta súbita mudança de vida, provocada pelas fracturas (por vezes, de uma vida independente/autónoma para uma vida dependente), poderá ter consequências profundas em termos de autocuidado e associar-se ainda às transições inerentes ao próprio fenómeno de envelhecimento.

Neste contexto, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância atribuída pelo idoso à dependência no autocuidado para andar?
- O que sabe o idoso sobre a dependência no autocuidado para andar?
- Quais os sentimentos do idoso face à dependência no autocuidado para andar?
- Qual a intenção/comportamento do idoso face à dependência no autocuidado para andar?

Após estas questões, pretendemos direccionar este estudo, para o seguinte problema de investigação:

- ❖ **Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur?**

Com a realização deste estudo temos como principal objectivo: descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar.

A fundamentação desta temática debruçou-se essencialmente nos seguintes autores: Dorothea Orem (1983), Sanmarti (1988), Neto (1998), Sidani (2003), Paúl & Fonseca (2005), Meleis (2007); Baixinho (2008), Oliveira (2000a, 2000b), Young & Rensnick (2009), Jacelon (2004, 2010), entre outros. No que concerne à metodologia baseamos-nos nos pressupostos de Polit & Hungler (1995), Strubert & Carpenter (1999), Amado (2000), Burns & Grove (2001), Fortin (2003), Bardin (2008), Vala (2009).

Este trabalho tem como finalidade contribuir, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e consequentemente proporcionar-lhes melhor qualidade de vida. Ao conhecer a atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, procuraremos estabelecer uma relação de ajuda mais adequada, contribuindo para que estes reencontrem ou readquiram as capacidades que perderam e reaprendam a utilizá-las, ganhando autonomia, atenuem os efeitos que advêm dessas perdas e desenvolvam uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Assim, os enfermeiros, profissionais de saúde colocados numa posição privilegiada de proximidade com o utente, conhecendo profundamente a atitude do idoso face à dependência no

autocuidado para andar, podem promover estratégias visando uma atitude positiva, ajudando o utente a encontrar sentido para a vida, aceitando as perdas e planeando o futuro, em suma, podem melhorar o grau de sucesso desta transição de vida.

Em seguida apresentaremos a revisão de literatura, fundamentada em estudos e publicações de autores afins a esta temática, com o objectivo de conhecer os resultados dos mesmos para posterior confrontação com os do nosso estudo.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Para Fortin (2003) “a revisão de literatura é uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação” (p.73).

A pesquisa documental permite ao investigador verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação em estudo, como particularmente alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores.

Além de apresentar o estado do conhecimento num determinado domínio, a revisão de literatura ajuda a perceber e delimitar o alcance dos conceitos em questão, fazendo ressaltar certos aspectos que necessitarão de um estudo mais profundo.

Segundo Fortin (2003), revisão de literatura “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. A autora profere ainda, que “o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos” (p.74).

Ao examinar criticamente diversas fontes de informação e não obstante a dificuldade sentida em encontrar trabalhos de investigação que abordassem em concreto a questão de investigação (“Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar?”), seleccionar os que de alguma forma se relacionavam com esta mesma pesquisa, não foi tarefa fácil.

De acordo com vários autores (por exemplo: Sidani, 2003; Jacelon, 2004; Baixinho, 2009; Young & Resnick, 2009), embora o autocuidado seja reconhecido como um

resultado de cuidados de enfermagem e seja discutido em muitas publicações, os estudos que investigam esta mesma temática são escassos. Poucos estudos examinaram os factores que facilitam a recuperação funcional sob o ponto de vista do utente.

Assim, de acordo com a literatura disponível, seleccionamos alguns trabalhos de investigação que abordam aspectos pertinentes para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Começamos por fazer referência ao estudo de Backeman & Hentinen (1999) cujo objectivo foi desenvolver um modelo para clarificar o conhecimento existente relativo ao auto-cuidado das pessoas idosas residentes no seu domicílio. O método de análise utilizado foi o da teoria fundamentada. Os dados foram colhidos em Oulu, uma cidade no norte da Finlândia, entrevistando 40 idosos, com 75 ou mais anos e com a capacidade de comunicar.

Para a colheita de dados foram realizadas entrevistas, que abordavam os seguintes tópicos: factos mais importantes da história de vida; actividades de vida diárias; pensamentos sobre a idade/envelhecimento; auto-cuidado em caso de doença e orientação para o futuro. Durante as entrevistas, que foram gravadas, as pessoas idosas foram também observadas nas suas actividades e condições de vida.

Em termos de resultados deste estudo, obtidos pelo método de comparação constante da teoria fundamentada (“*Grounded Theory*”), o autocuidado para o idoso que vive em casa consiste no cuidar da sua saúde e doença e das suas actividades de vida diárias. As pré-condições do auto-cuidado são o passado da pessoa idosa, a sua personalidade e a sua experiência de saúde e envelhecimento. O objectivo do auto-cuidado é composto de atitudes para com as outras pessoas, o envelhecimento e o futuro. O modelo hipotético que emergiu deste estudo, consistiu em quatro modos de autocuidado com diferentes condições para a acção e significados diferentes:

- Autocuidado responsável, consiste na actividade responsável pela pessoa idosa baseado numa orientação positiva para o futuro e numa experiência positiva de envelhecimento. O significado de autocuidado responsável é um desejo para continuar a viver como um agente activo;

- Autocuidado formalmente direccionado, consiste na observação não crítica das instruções e no desempenho das tarefas diárias. Esta abordagem é baseada em

experiências de vida de cuidar dos outros e tem a consciência realista dos efeitos da velhice. O significado de auto-cuidado formalmente direccionado é a tendência para aceitar a vida como ela é;

- Auto-cuidado independente, baseado no desejo da pessoa para escutar a sua consciência. Estas pessoas tentam conduzir a sua vida independentemente e recusam a possibilidade de envelhecer. O significado de auto-cuidado independente é uma tentativa para manter a constância de vida.

- O abandono do autocuidado, caracterizado pela incapacidade de pedir ajuda e falta de responsabilidade. Envolve amargura e uma atitude negativa face ao envelhecimento. O significado de abandono é um desejo para desistir.

De acordo com este estudo, Backeman & Hentinen (1999) referem que o “autocuidado não é uma parte separada da vida do idoso ou idosa, está intimamente associado com a sua vida passada e com o futuro. Como uma actividade, o autocuidado não é apenas um caminho racional para manter a saúde, reflecte também a atitude global da pessoa para os cuidados de saúde, doenças e maneira de viver” (p.569). Acrescentam ainda, citando Dean (1989) que “os comportamentos de auto-cuidado e as suas interacções com factores culturais, sociais e psico-sociais poderiam ser considerados mais estilos de vida. Deste modo, as práticas comportamentais são moldadas pelos valores e convicções apreendidos em culturas específicas e por oportunidades e constrangimentos definidos através de situações sociais e económicas específicas” (p.570).

Robinson (1999) no seu estudo: “Transições na vida das mulheres idosas que tiveram fracturas da anca” refere-nos que as fracturas da anca representam um problema significativo de saúde, junto da população mais idosa, mais concretamente para as mulheres idosas e de raça caucasiana. Durante a transição, através do processo de recuperação após fractura da anca, as capacidades das mulheres idosas de realizarem as suas necessidades básicas, de realizar as funções usuais e manter o seu bem-estar ficam ameaçadas.

Neste contexto, o estudo acima referido foi desenhado para identificar os factores que promovem a função e que permitem uma transição bem sucedida de mulheres idosas que recuperam de fracturas da anca.

Os dados colhidos foram analisados usando o método da teoria fundamentada, utilizando uma metodologia de grupo focal. O grupo de foco foi composto por mulheres: com mais de 70 anos; de raça caucasiana; a recuperar de uma fractura da anca; com alta clínica da unidade de recuperação (“*discharged from the subacute unit*”) nos últimos nove meses; vivessem sós, cognitivamente aptas e capazes de ler e falar em inglês.

Os dados foram colhidos através de um guião de entrevista composto por questões abertas e fechadas (pré-determinadas), as quais reflectiam cada uma das condições de transição identificadas por Meleis (1991) no seu modelo de enfermagem de transições. As entrevistas foram conduzidas a um total de 15 mulheres, organizadas em três grupos (agrupamentos de 7, 5 e 3 participantes), num quarto pequeno mas confortável (num ambiente condicente) para uma discussão, de um hospital de 250 camas.

Os resultados revelaram que as 15 mulheres, de raça caucasiana, faixa etária entre 72 e os 82 anos, com média de idades de 77,4 anos e que viviam sós, foram confrontadas com uma série de problemas os quais foram categorizados como “*factores de inibição da função*” e “*factores de promoção da função*”. Os primeiros factores corresponderam ao desconforto físico, sensação de limitação, precauções com as flexões, a necessidade de dispositivos de assistência e a perda de competências e os segundos factores enquadram-se no reconhecer o progresso, fazer adaptações para as actividades de vida diária (AVD) e aceitar a ajuda para compensar as perdas.

Os participantes no estudo consideraram que para superar esses problemas, “*factores de inibição da função*”, tiveram que mobilizar os seus recursos internos existentes, como a sua capacidade de adaptação para a vida e que os “*factores de promoção da função*” ajudaram a proporcionar uma transição bem sucedida, após fractura da anca. Também a partir dessas constatações Robison (1999) identificou um programa de intervenção interdisciplinar que poderá ser implementado em unidades de recuperação e testado para comprovar a sua eficácia na promoção de uma transição bem sucedida após a fractura da anca.

Num outro estudo, elaborado por Ingemarsson *et al.* (2003), sobre a capacidade para andar e o nível de actividade após a fractura da anca em idosos – um estudo de acompanhamento, teve como objectivos investigar quais as variáveis que podem prever

a capacidade para andar e o nível de actividade funcional depois de um ano da cirurgia da fractura e descrever as mudanças ao longo do tempo sobre a capacidade funcional.

Neste estudo, os utentes foram avaliados por fisioterapeutas sete dias após a cirurgia, na alta hospitalar e um ano após a cirurgia na deambulação, transferência para/da cama, equilíbrio, dor, força muscular e respiração. O estado antes da fractura também foi avaliado mas através de uma entrevista realizada ao próprio ou aos seus familiares sobre o andar, capacidade e hábitos antes da cirurgia e classificado em conformidade com um inquérito nacional sueco. No acompanhamento após um ano, os utentes também foram entrevistados sobre suas actividades fora de casa. Para estudar a relação entre as variáveis dependentes "capacidade para andar", "nível de actividade" e os factores de previsão, foi realizado um teste de correlação entre cada factor e cada variável dependente.

Cento e cinquenta e sete utentes (111 mulheres, 46 homens) foram incluídos neste estudo, com idade média de 80,9 anos, operados a uma fractura de anca, tratados em dois hospitais diferentes mas pertencentes à mesma organização (em uma enfermaria de ortopedia e uma ala de reabilitação geriátrica) e capazes para participar, total ou parcialmente, em testes de desempenho realizados cerca de uma semana depois da cirurgia. Após um ano da cirurgia e devido à alta mortalidade e fragilidade 57 utentes participaram no estudo de acompanhamento.

Os autores referem, em termos de resultados, que os utentes, após um ano de fractura da anca, tinham significativamente mais rápida a velocidade de caminhada e melhor equilíbrio funcional do que antes. O teste "*Timed up and go – TUG*" (Teste físico de três actividades dinâmicas combinadas; medição do tempo para levantar da cadeira, andar três metros, fazer uma rotação de 180° regressando e sentando na cadeira, usado para monitorizar a mobilidade funcional em idosos) constituiu uma forte via para medir a capacidade de andar e o nível de actividade um ano após a fractura de anca. O conhecimento dos hábitos sobre o andar ao ar livre e o grau de independência do utente antes da fractura da anca também fortaleceram a previsão da capacidade para andar e o nível de actividade. Ingemarsson *et al.* (2003), reforçam a sua análise citando Podsiadlo & Richardson (1991): "aqueles que realizam o teste (TUG) em menos de 20 segundos são geralmente independentes nas transferências e são capazes de andar ao ar livre por si próprios, enquanto aqueles que precisam de mais de 30 segundos tendem a ser mais

dependentes, com a ajuda nas transferências para a cadeira ou para a casa de banho” (p. 82). Os mesmos autores acrescentam que apesar das melhorias, após um ano, em termos de velocidade máxima e de equilíbrio em pé não houve melhoria (19% ainda precisavam ajuda e 50% ainda usaram algum tipo de andarilho), o que para os autores é entendido que os esforços de reabilitação são extremamente necessários após a alta.

Um estudo que se demarca como excepção dos poucos existentes, na perspectiva do utente é o de Powanall (2004) intitulado: “Utilizando a narrativa do utente para a influência dos cuidados de enfermagem ortopédica, em fracturas da anca”. Teve como objectivo avaliar criticamente a narrativa do utente, numa reflexão sobre os aspectos da prestação de cuidados e possíveis melhorias na prática actual da enfermagem.

A narrativa do paciente (“*patient narrative*”), abordagem qualitativa, foi utilizada nesse estudo de investigação, num esforço para compreender melhor a natureza da experiência pessoal. A narrativa foi adquirida como parte integrante da avaliação de enfermagem, actividade de rotina e ajudou a esclarecer questões de cuidados de enfermagem, segundo a perspectiva do utente.

Para a narrativa do estudo foi escolhida uma paciente idosa, do género feminino, que vivia só, num apartamento do rés-do-chão, de 60 anos de idade e que sofreu uma queda em casa (a quem foi chamada de Ann, no sentido de manter a confidencialidade). O autor justifica tal selecção referindo que a incidência das fracturas de fémures é cada vez mais elevada (Audit Commission, 1995) e são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade entre os idosos (Lappe, 1998). A paciente foi convidada a reflectir, antes da alta da enfermaria de trauma agudo e ortopédica, sobre as suas experiências e percepção da admissão de cuidados de saúde e problemas de saúde. Através de um conjunto de perguntas, expostas numa abordagem estruturada, mas não rígida, permitiram que a paciente direccionasse a própria entrevista.

A narrativa da paciente levantou diversos pontos que podem indicar o potencial de melhorias na prática e, embora esses resultados não possam ser generalizados para todos os pacientes que recebam tratamento aquando de fractura da anca, devem ser considerados como relevantes para todos profissionais.

Assim, nesse estudo, mediante a discussão dos comentários da paciente, uma das áreas de melhoria potencial é a de comunicação (parece haver uma falta de explicação e

educação ao paciente; a comunicação poderia ser melhorada, garantindo que todos os profissionais tivessem instruídos em habilidades de comunicação, com regular formação); gestão do tempo (às vezes, o stress de um turno ocupado pode ditar a quantidade de tempo que é gasto com um paciente, por isso é crucial usar esse tempo de forma eficaz); controle da dor (alguns pacientes nem sempre exigem que toda a terapêutica analgésica prescrita lhes sejam oferecida; os pacientes precisam ser educados no pré-operatório como controlar eficazmente a sua dor no pós-operatório e comunicar as suas necessidades aos profissionais de saúde); documentação para a avaliação da dor (uma vez que a dor seja avaliada não há nenhuma indicação de quando o paciente deva de ser novamente avaliado; a avaliação é essencial de modo que a eficácia da intervenção seja continua ou modificada, substituída ou suspensa); admissão no serviço de urgência (reduzir o tempo de espera; todos os pacientes devem de ser monitorizados, colher sangue para análise, realizar um electrocardiograma, iniciar fluidos intravenosos e raio-x); suporte nutricional (o estado nutricional pode afectar resultados de saúde, a má nutrição pode levar a apatia mental, diminuição da massa muscular, dificuldade na função cardíaca e redução da imunidade levando a infecções; nutrição adequada de cálcio, suplementos nutricionais que contenham vitaminas, minerais e proteínas e fontes de vitamina D).

Acrescentamos ainda, como resultados este estudo, o comentário da paciente sobre a sua surpresa em quão cedo foi mobilizada. Powanall (2004) citando Footner (1992) refere que “o objectivo do tratamento é a deambulação precoce para prevenir complicações. A mobilização precoce pode prevenir complicações, como úlceras de pressão e trombose venosa profunda” (p.155). Acrescenta ainda que “Se a condição geral de saúde do paciente permitir a mobilização, a reabilitação multidisciplinar deve começar dentro de 24 horas pós-operatório (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002). Nesse estudo, a paciente foi relutante para suportar o peso no lado direito e fazer a transferência no primeiro dia e no segundo dia andar curtas distâncias com um andarilho. Powanall (2004) afirma-nos que “os pacientes precisam de deambular até à casa de banho, o mais cedo possível na sua hospitalização” (p.155). Neste contexto, cita-nos Robinson (1999) em que refere-nos que “esta habilidade crucial, permitirá que o paciente volte o mais cedo para casa e deve motivá-lo para a continuação do progresso” (p.155).

Um dos contributos desse trabalho foi permitir ao profissional de saúde a reflexão e análise de alguns aspectos levantados pelo utente durante a entrevista. Segundo o autor, esta abordagem, narrativa do utente, envolve aspectos como a garantia de qualidade e desempenho, eficácia clínica e auditoria clínica. Isto é, pode ajudar na "melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, segurança e normas de vigilância dos cuidados, ajudando a criar um ambiente no qual a prática clínica de excelência poderá prosperar" (p.157).

Como já referido, um dos poucos estudos que se detiveram na análise desta temática, na perspectiva do utente, Jacelon (2004) reforça a ideia de que "o papel dos utentes com mais idade, em contextos hospitalares agudos, não tem sido explorado a partir da sua própria perspectiva" (p.29). Esta autora, baseando-se "Numa revisão da literatura, revelou que a investigação era mais centrada na prática do enfermeiro e na satisfação dos utentes perante os cuidados e serviços utilizados. Havendo pouca informação disponível, sobre o contributo dos próprios pacientes para o resultado da sua hospitalização" (p.29).

O objectivo desta pesquisa foi desenvolver uma teoria que explicasse como o comportamento dos idosos internados era afectado pela sua hospitalização.

Nesse estudo, com a metodologia de teoria fundamentada, o significado de hospitalização aguda e as actividades envolvidas, que podem afectar este mesmo significado, foi explorado na perspectiva dos idosos.

A amostra desse estudo foi por conveniência, composta por cinco participantes idosos (dois homens e três mulheres) com idades variando de 77 aos 85 anos. Os critérios de inclusão foram: ter 75 anos ou mais; vida independente na comunidade antes da hospitalização; ser admitido para fins médicos e não por razões cirúrgicas; saber falar inglês. A oportunidade de participar no estudo foi apresentada aos indivíduos durante a admissão hospitalar. Os participantes que expressaram interesse foram abordados e o consentimento informado obtido. Para todos os participantes, a hospitalização subjacente foi directamente relacionada a um problema de saúde crónico.

A colheita de dados foi realizada através de entrevistas em profundidade a cada participante, nos momentos da admissão, na alta e após a alta entre 2 a 4 semanas. Também foram realizadas entrevistas a um membro da família e à(s) enfermeira(s) que

tinham prestado cuidados a cada um deles. Além das entrevistas, os participantes também foram observados pelo investigador, pelo menos, duas horas por dia durante a sua permanência no hospital.

Os participantes foram intencionalmente recrutados até à saturação dos dados ocorrer, que é quando todas as novas informações comportam nas categorias desenvolvidas através de análise de dados. Neste estudo a saturação dos dados ocorreu após o quarto participante, tendo sido incluído um quinto para garantir essa mesma saturação.

Através da análise de dados, a autonomia emergiu como um foco importante, particularmente durante a última fase de hospitalização. Nesse estudo, a autonomia foi descrita como tendo duas componentes: a independência (a capacidade física para participar em actividades) e o controlo (a capacidade para tomar decisões em nome próprio). Esta autora, salientando o facto dos idosos estarem internados no hospital ameaçar a sua autonomia, descreve as mudanças na autonomia dos idosos ao longo da hospitalização e faz recomendações para melhorar a sua autonomia através da remodelação do sistema de cuidados hospitalares agudos (*“acute care hospital system”*).

Em termos de conclusão do estudo, Jacelon (2004) conceptualiza autonomia como uma combinação de independência e controlo, fornecendo aos profissionais de saúde que lidam com idosos uma nova maneira de pensar sobre as necessidades individuais destes quando hospitalizados. Conforme salienta, embora a promoção da independência esteja bem enraizada nos *“gerontological nurses”*, o desenvolvimento de estratégias para ajudar os idosos hospitalizados a melhorarem o seu próprio controlo sobre sua situação é um desafio para todos prestadores de cuidados de saúde. Para a autora, esta pesquisa ajuda a ilustrar a experiência e acções dos idosos durante a hospitalização. E acrescenta que, embora a representação comum dos idosos hospitalizados seja como *“receptores de cuidados”* (*“care recipients”*), esta pesquisa propõe que os idosos sejam envolvidos num processo dinâmico para aumentar a sua autonomia.

Um outro estudo sobre a influência das experiências sociais na atitude dos idosos em relação ao envelhecimento, cujo objectivo foi investigar a influência das experiências sociais no posicionamento do idoso perante o próprio envelhecimento foi o de Leal *et al.* (2006). Este estudo teve também como intuito criar subsídios que

ajudassem à organização de programas, de forma a proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes cidadãos, residentes no Brasil, país descrito pelos autores como tendo graves problemas de sobrevivência e qualidade de vida.

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas a 38 pessoas com idades a partir de 60 anos. Os dados foram obtidos através de uma entrevista semi-estruturada, gravada e posteriormente transcrita e analisados através do Software “Alceste”.

Dos resultados apresentados, os autores concluíram que a percepção da atitude do idoso perante o envelhecimento é baseada em diversos factores. De acordo com os dois eixos criados pelo “Alceste”, na análise das entrevistas, verificaram que a atitude do sujeito é influenciada quer pela experiência pessoal, assim como, pelo meio social. Para os autores, Leal *et al.* (2006), esta convergência de experiência pessoal e social para formação da atitude, dá-se devido ao facto de que tanto o cognitivo como o meio social são agentes formadores.

Segundo estes autores, a maioria dos idosos apresentaram uma atitude negativa perante o envelhecimento, possivelmente pelo preconceito que os próprios indivíduos possuem em relação à velhice e, que foram formadas tanto pela sua experiência pessoal como pela social.

Da mesma forma, em termos sociais, Resnick *et al.* (2007, p.139), no seu estudo sobre “A relação entre o estado psicossocial e o comportamento face ao exercício das mulheres idosas, dois meses após a fractura da anca”, tendo como objectivos, descrever o estado psico-social, em particular as expectativas de auto-eficácia e expectativas de resultados, relacionadas ao exercício físico, humor, medo de cair, dor e estado de saúde das mulheres idosas que se inscreveram em um dos dois Estudos da Anca de Baltimore (Baltimore Hip Studies - BHS), BHS-4 e BHS-5, assim como, testar um modelo de auto-eficácia baseado no comportamento face ao exercício físico após a fractura da anca, referem-nos que apesar dos benefícios potenciais associados ao exercício após a fractura da anca, aqueles que sofreram de fracturas da anca estão entre os que mais resistências têm na adopção de uma prática de exercício físico regular (exercícios de resistência ou aeróbicos).

Um total de 389 mulheres idosas com fractura da anca, participaram nesses estudos. Os participantes foram entrevistados, quinze dias após a fractura e novamente submetidos à entrevista nos tempos de dois, seis e doze meses após a fractura da anca.

Este mesmo estudo, Resnick *et al.* (2007), utilizou os dados colhidos nos dois meses após a fractura (tempo considerado como completo para a reabilitação tradicional).

Em termos de resultados os participantes relataram: “confiança moderada na capacidade de exercício e uma crença generalizada nos benefícios do exercício físico, estado de saúde mais elevado, limitação nos sintomas depressivos, alguma dor e medo de cair.” Consistentemente entre essas duas amostras, a idade e o estado mental ou sintomas depressivos influenciaram os resultados expectáveis, de modo que as mulheres de mais idade, com mais sintomas depressivos ou estado de saúde mental mais debilitado, tinham expectativas mais fracas face ao resultado do exercício. Expectativas de auto-eficácia, influenciaram de forma consistente o comportamento face ao exercício em ambas as amostras. Também foi consistente, em ambos os modelos que a idade, o estado cognitivo, o estado de saúde física e mental, a dor, o medo, as expectativas de resultado e os sintomas depressivos influenciaram directamente o comportamento face ao exercício.

Nesse mesmo estudo sugerem que, “quanto mais fortemente a pessoa acreditar na sua capacidade de executar uma actividade específica (isto é, na sua auto-eficácia), mais fortemente a pessoa acredita no benefício de envolver-se na actividade (isto é, expectativas de resultados) e o mais provável é que a pessoa inicie e persista com uma determinada actividade” (p.140). Citando Boonen *et al.* (2004) e Michael *et al.* (2000) referem que “aproximadamente 38%-50% dos idosos necessitam de assistência para andar ou são incapazes de andar até aos 12 meses após a fractura de anca” (p.139).

Em contrapartida, Baixinho (2008), numa revisão sistemática de literatura, sem meta-síntese e sem metanálise, sobre a capacidade de marcha após fractura do colo do fémur, refere que “a problemática das fracturas do colo do fémur, associadas à osteoporose e às quedas na população idosa, são a causa de deterioração do estado geral de saúde, de declínio funcional, psicológico e social nas pessoas com idade superior a 65 anos e que condiciona a sua autonomia” (p.79).

Os objectivos desse estudo foram “identificar o nível de dependência/independência do idoso, para a marcha no primeiro ano após a fractura do colo do fémur (sujeita a tratamento) e identificar factores promotores da marcha após a cirurgia” (p. 81). Este mesmo artigo de revisão teve como finalidade identificar estudos

primários cujo objecto de estudo (único ou entre vários) fosse as dificuldades na marcha das pessoas idosas no regresso a casa, após fractura do colo do fémur.

Foi seguida a metodologia PI[C]OD - Participantes; Intervenções; [Comparações]; *Outcomes*; Desenho do estudo, para a elaboração da pergunta de investigação e para a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários. Sendo a questão de investigação: “Quais as dificuldades, após a alta, da pessoa idosa submetida a tratamento cirúrgico por fractura do colo do fémur?”(p.81).

Dos cinco estudos que constituíram a amostra e que foram analisados, interpretados e sintetizados, a autora Baixinho (2008) concluiu que uma “elevada percentagem dos idosos não era independente para a marcha no momento da alta, não sendo possível recuperar a autonomia para os níveis da pré-fractura” e que “os estudos primários demonstraram correlação entre as dificuldades de marcha e alterações em outros autocuidados” (p.84). A autora relata ainda que os resultados da investigação demonstraram a existência de factores com influência na recuperação do estado funcional após fractura, tais como: capacidade anterior para o autocuidado, função física pré-fractura, estado emocional pós-cirurgia, défices cognitivos e processos demenciais, apoio emocional e apoio social. Acrescenta ainda, como factores influenciadores na recuperação, referindo-se a Lin e Chang (2004) “a capacidade de visão, audição, marcha com ou sem ajudas técnicas, história de queda anterior, medicação e dor.” E, identifica como factores facilitadores da reabilitação, citando Ceder *et al.* (1980), “a não existência de comorbilidade, viver com alguém e a capacidade de marchar duas semanas após a cirurgia” (p.84). Tais factores asseguram “a recuperação da independência (sobretudo para a marcha e mobilidade) o mais cedo possível, sendo um benefício para a qualidade de vida, podendo ainda diminuir o número de dias de internamento, com redução dos custos e mais valias individuais e sociais” (p.84).

Relativamente às suas conclusões e recomendações, como já mencionado, refere que “existe um declínio na funcionalidade do idoso após a fractura do colo do fémur, o que se traduz em dificuldades no autocuidado e que uma percentagem não fica independente para a marcha, com condicionamento dos outros autocuidados, tornando a pessoa idosa dependente de outros” (p.84). A autora salienta a necessidade de desenvolver estudos nesta área em Portugal, de forma a contribuir para o conhecimento

dos enfermeiros que lhes permitam aumentar a sua competência na preparação do regresso a casa da pessoa idosa após cirurgia a fractura do colo do fémur.

Young & Resnick (2009) por seu lado realizaram um estudo, cujo principal objectivo foi investigar a eficácia da reabilitação pós-fractura na recuperação funcional e os custos originados durante a recuperação dos utentes idosos com fractura da anca. Esse mesmo estudo, foi parte de um outro estudo longitudinal, usando uma amostragem de conveniência (62 participantes), no âmbito da percepção dos idosos em relação à sua própria recuperação funcional, um ano após a fractura da anca.

A análise de conteúdo dos dados colhidos foi utilizada nesse estudo descritivo. Os dados foram colhidos após um ano da implementação de um programa de reabilitação pós-agudo (“*postacute rehabilitation*”), após fractura da anca. Os participantes deste “sub-estudo” seguiram os mesmos critérios de inclusão que o estudo original (idosos com 65 anos ou mais, residentes na comunidade, admitidos num dos cinco locais predeterminados para a implementação do programa de reabilitação pós-agudo e com diagnóstico principal de fractura aguda da anca - fractura não patológica, recebendo uma cirurgia como procedimento de tratamento e não tendo nenhuma evidência de cancro metastático), tendo sido entrevistados para uma colheita de dados de acompanhamento (*follow-up*), logo após a sua saída e após os 12 meses. As perguntas da entrevista focaram quatro áreas: a satisfação com a recuperação funcional após fractura; os factores que facilitaram ou dificultaram a experiência de recuperação após fractura sob um programa de reabilitação pós-agudo; as áreas que poderiam melhorar o processo de recuperação funcional e que conselhos dariam os participantes a outros utentes com fractura da anca para os ajudar na recuperação.

Em termos de resultados os participantes relataram que os serviços de reabilitação facilitaram a sua recuperação, mas também reconheceram a importância da sua própria motivação, essencialmente porque revelaram que era fundamental manter uma atitude positiva e envolverem-se plenamente nas actividades de reabilitação recomendadas. As chaves para a recuperação funcional foram a participação activa na reabilitação e seguir as instruções dos prestadores de cuidados de saúde. Além disso, a auto-determinação, uma atitude positiva e o apoio social desempenharam papéis significativos na sua reabilitação. Os participantes relataram ainda que o apoio da família e dos amigos também foi fundamental para sua recuperação. Expressaram que o estímulo verbal de

familiares e amigos os ajudaram a manter uma atitude otimista durante a reabilitação. Além disso, relataram que a espiritualidade e a crença em um ser supremo os ajudou a manter o optimismo em todo o processo de recuperação.

Salienta-se uma vez mais a autora Jacelon (2010), mas em outro estudo, com o objectivo de identificar temas da vida quotidiana dos idosos residentes na comunidade, com problemas de saúde crónicos.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa descritiva. Os dados foram obtidos através de entrevistas não estruturadas e diários, com investigador participante.

Os participantes foram entrevistados duas vezes e mantiveram-se os diários entre os dois momentos. Dez idosos de 75 a 98 anos de idade, residentes nas suas próprias casas, com pelo menos um problema de saúde crónico, participaram nesta pesquisa.

Os resultados revelaram que “apesar dos problemas de saúde dos participantes variarem, a atitude, a autonomia, a saúde e os relacionamentos sociais, constituíram estratégias para manter o equilíbrio nas actividades de vida diária” (p.16). Segundo a autora, esta pesquisa fornece uma nova perspectiva sobre como viver com doenças crónicas, onde o próprio modelo poderá fornecer um quadro teórico aos enfermeiros de reabilitação que trabalham com idosos.

Relativamente à atitude, Jacelon (2010) refere que os participantes consideraram a atitude como factor importante para manter o equilíbrio nas actividades de vida diária. As estratégias utilizadas para promover uma atitude positiva, incluíram: preservar uma perspectiva positiva, encontrar e criar sentido para a vida, aceitar as perdas e planeamento para o futuro (p.19).

No que se refere ao fenómeno do autocuidado, Petronilho *et al.* (2010) realizaram um estudo intitulado “Caracterização do doente após evento crítico, impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado”, inserido num paradigma quantitativo, que teve como objectivos: descrever a condição de saúde do doente dependente no autocuidado após evento crítico gerador de dependência; identificar os focos diferenciais no domínio do autocuidado mais significativos para a reconstrução da autonomia do doente dependente; descrever a condição de saúde do doente face à capacidade de desempenho das actividades inerentes ao autocuidado; identificar relações significativas entre a capacidade de desempenho das actividades

inerentes ao autocuidado e o grau de dependência do doente no autocuidado. A finalidade desse mesmo estudo foi descrever o fenómeno do autocuidado, mais especificamente, um dos factores intrínsecos ao sujeito com maior impacto no grau de dependência do doente após evento crítico: a (in)capacidade funcional.

Esse estudo foi desenvolvido em instituições de saúde da Região Norte de Portugal, entre Março e Junho de 2009, onde foi aplicado um instrumento de medida com duas dimensões principais: caracterização sócio-demográfica do doente e caracterização da condição de saúde do doente, numa amostra não probabilística e acidental, constituída por 40 casos.

Relativamente à análise de dados, efectuaram através de análise estatística descritiva e inferencial utilizando o programa SPSS, versão 17.0. Assim, de acordo com os resultados desta pesquisa os doentes apresentaram grau de dependência elevado no autocuidado. Perante a “caracterização da condição de saúde do doente: capacidade de desempenho das actividades inerentes ao autocuidado, por diagnóstico diferencial”, Petronilho *et al.* (2010) verificaram que “... em média, os doentes apresentam maior dificuldade para o desempenho de actividades no domínio da actividade física, nomeadamente, na capacidade para andar e na capacidade para transferir-se” (p.44). Mais concretamente e relativamente ao foco de atenção “capacidade para andar”, Petronilho *et al.* (2010) referem que “as maiores dificuldades demonstradas são para mover os membros inferiores passo-a-passo com equilíbrio [90% (n=36)] e andar com marcha eficaz [95% (n=38)]” (p.45). Os autores reforçam este resultado, sugerindo que “o autocuidado no domínio da actividade física (transferir-se e andar), afigura-se como foco(s) com impacto relevante na autonomia das pessoas” (p.47).

Perante a análise dos estudos de investigação supracitados, constata-se que a promoção do autocuidado é uma área fulcral a atender na prestação de cuidados de enfermagem, essencialmente na área da reabilitação. Embora seja um facto de que existem escassas referências bibliográficas relativamente à atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, sobretudo na perspectiva do próprio, pela síntese da revisão de literatura, verifica-se que as pessoas com idade superior a 65 anos, mais concretamente as mulheres de raça caucasiana, vêm a problemática das fracturas do colo do fémur, mesmo sujeita a tratamento cirúrgico e de reabilitação, como

condicionante da sua própria saúde, nível de actividade física, capacidade de andar e autonomia, mesmo após um ano à fractura da anca (Robinson, 1999; Ingemarsson *et al.* 2003; Baixinho, 2008; Petronilho *et al.* 2010). Sendo considerado como uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre os idosos (Powanall, 2004).

Autores como Backeman & Hentinen (1999), referem-nos que “o objectivo do autocuidado é composto de atitudes para com as outras pessoas, o envelhecimento e o futuro (...) reflectindo também a atitude global da pessoa para os cuidados de saúde, doenças e forma de viver” (p.569).

Embora não sendo em condições idênticas ao nosso estudo, todos os estudos apresentados foram de grande importância na compreensão do fenómeno em estudo. Em termos gerais e perante os resultados dos diferentes estudos os participantes reconheceram a importância de manter uma atitude positiva (encontrando e criando sentido para a vida, aceitando as perdas e planeamento para o futuro), envolveram-se plenamente nas actividades de reabilitação recomendadas para sua recuperação, assim como, receberam o apoio da família e de pessoas significativas. Além disso, relataram que a espiritualidade e a crença em um ser supremo os ajuda a manter o optimismo em todo o processo de recuperação (Young & Resnick, 2009; Jacelon, 2010). Estudos como os de Robinson (1999), Resnick *et al.* (2007) e Baixinho (2008) identificaram como factores promotores da recuperação da funcionalidade: reconhecer o progresso; fazer adaptações para as actividades de vida diária; aceitar a ajuda para compensar as perdas; acreditar na capacidade de executar uma actividade específica; acreditar no benefício de se aliciar na actividade, entre outros. Em contrapartida, estes mesmos autores, identificaram factores de inibição da função como: desconforto físico; sensação de limitação; precauções com as flexões; necessidade de dispositivos de assistência; perda de competências; o estado de saúde física e mental; dor; medo e sintomas depressivos que influenciam directamente o comportamento face ao exercício.

3 - QUADRO DE REFERÊNCIA

O quadro de referência, como refere Fortin (2003), “é o termo geral utilizado para designar o quadro conceptual ou o quadro teórico que tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação” (p.93).

De modo geral, este situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá um significado particular, uma forma de perceber o fenómeno em estudo.

Assim, o quadro de referências fornece parâmetros para um estudo, no qual os conceitos importantes e as suas relações mútuas serão definidos. É um guia para a colheita de dados e fornece uma perspectiva para a interpretação dos resultados.

Neste estudo, exploratório - descritivo de nível I, será utilizado o quadro conceptual, o qual, segundo Fortin (2003), “... é a explicação que é dada, apoiada pela publicação e pela investigação, no que concerne aos conceitos em estudo, em vez de uma teoria específica que explique a relação entre conceitos. (...) toma a forma de uma descrição das previsões do investigador em relação às variáveis em estudo” (p. 94).

Assim, para a sua elaboração, uma vez que o domínio foi pouco estudado, em termos de relação, propomo-nos primeiro definir os conceitos pertinentes e clarificá-los.

3.1 - A pessoa idosa e o processo de envelhecimento

Relativamente à abordagem conceptual dedicada à pessoa idosa e ao seu processo de envelhecimento, muitos temas poderiam ser abordados. Contudo, limitamo-nos a

questões preliminares quanto à saúde física, à saúde mental, aos aspectos sociológicos, espirituais e à religiosidade do idoso.

Ao longo deste estudo, quando nos referirmos a estas pessoas, na sua última etapa do ciclo de vida, utilizaremos o termo “idoso”. Pois, outros vocábulos poderiam ser utilizados, como “velho ou ancião” e, sem eufemismos, porque tais expressões podem ter conotação depreciativa mas também serem utilizados de forma carinhosa.

Para Oliveira (2008a) citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), “idoso é aquele que já completou 65 anos. Mas nos países em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidos poderia bem ser os 60 anos ou ainda menos, devido à média de vida ser mais baixa. Do mesmo modo, nos países mais desenvolvidos, graças ao apoio da medicina, da higiene e de outros factores, em vez dos 65 anos poderia considerar-se os 70 ou 75 anos como a passagem à velhice, em relação com a média de esperança de vida” (p.12).

Oliveira (2008a) refere que “dado a velhice abranger um leque de vida bastante amplo poderemos falar de diversas velhices, originando diversas classificações” (p.13). Acrescenta que “vários autores distinguem a velhice por décadas referindo quatro espécies de velhice: velhos jovens (60-69 anos), velhos de meia-idade (70-79), velhos-velhos (80-89) e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos), em que os dois primeiros poderiam cair dentro da terceira idade e os dois últimos da quarta idade, acrescentando uma quinta-idade” (p.13).

Efectivamente, critérios baseados unicamente na idade cronológica podem ser questionados. Para além desta, e segundo Oliveira (2008a), há que “considerar a idade biológica (níveis de maturidade física e estado de saúde), a psicológica (relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação) e social (status, papéis e funções a desempenhar)” (p.14).

Se atendermos à definição de saúde apresentada pela OMS “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças ou enfermidades”, Simões (2006) diz-nos que se trata de “uma definição pela positiva e abrange o aspecto físico (alimentação sadia, prevenção de doenças, actividade física, etc.), psíquico (capacidades cognitivas, afectivas e de personalidade) e a social (por exemplo, estabelecimento de uma rede de relações e apoios sociais, com base na família, nos

amigos e na comunidade em que este está inserido, satisfação no trabalho e bom uso dos tempos livres)” (p.29).

Segundo Rowe & Kahn (1999), citados por Oliveira (2008b) “envelhecimento bem sucedido é aquele em que os indivíduos continuam a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental. Assim, abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes das mesmas; bom funcionamento físico e mental; empenhamento activo na vida” (p. 75). Refere-nos ainda que o desafio é fazer que o envelhecimento se processe cada vez com melhor qualidade, em todos os domínios (saúde física e mental, competência social, conservação da autonomia, bem-estar subjectivo).

Existem muitas concepções, classificações e teorias sobre o processo de envelhecimento. Sem querer entrar em exaustão, em síntese concordamos com Sherman (2003, p.125), citado por Simões (2006), quando distingue “Envelhecimento normal” do “Envelhecimento patológico”.

O processo de envelhecimento para ser definido como “envelhecimento normal” (também designado por envelhecimento primário) é considerado como “uma mudança num sistema físico, universal, progressiva e irreversível, não efeito de outro processo, ou modificável com o tratamento. Tal mudança deve contribuir para vulnerabilidade do indivíduo à incapacidade e à doença, não havendo possibilidade de a ela se adaptar, ou de a compensar” (p.32).

O envelhecimento patológico (também denominado secundário) é aquele que é “causado por doenças ou por estilos de vida inadequados. Enquanto o envelhecimento normal segue uma trajectória definida por mudanças razoavelmente predizíveis, o envelhecimento patológico representa uma alteração nessa trajectória, tornando-a instável e menos predizível” (Puente, 2003, citado por Simões, 2006, p.32).

O envelhecimento, processo universal e complexo, pode ser considerado como um processo contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida; é um fenómeno normal, inerente à vida e universal. No entanto, uma evolução mais rápida e mais notória, por vezes patológica, observam-se nas últimas fases da vida das pessoas (Fernandes, 2000 citado por Moniz (2003, p.48)). Para estes autores, o processo de envelhecimento origina alterações ao nível das estruturas e ao nível das funções do organismo da pessoa.

Contudo, estas modificações não acontecem de maneira igual, e uma mesma função pode envelhecer a ritmos diferentes em pessoas diferentes.

3.1.1 - Envelhecimento e a saúde física

Paúl & Fonseca (2005, p.11) dão-nos a noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, citando Fillenbaum (1986), relacionando-a com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. Acrescentam, de acordo com a OMS (1980), que a perturbação da funcionalidade é consequência de situações patológicas. Estes mesmos autores, citando outros, como por exemplo Lithgow & Kirkwood (1996), acrescentam que o funcionamento do organismo humano é mantido por mecanismos comuns a todos os processos biológicos que, com a longevidade, estão sujeitos a entrar em falência. À medida que a idade avança ocorre deterioração estrutural e funcional em vários tecidos e órgãos, diminuição da capacidade de resposta ao stress imposto pelo meio ambiente (Andres, 1969) e surge vulnerabilidade para o aparecimento de doenças (Rowe, 1985). Em cada indivíduo, o processo de envelhecimento deriva da combinação entre factores intrínsecos, ou genéticos, e factores extrínsecos, ou ambientais, a que seja exposto (Kirkwood, 1996). A variedade de interacções entre esses factores explica a diversidade do envelhecimento humano (Maddox, 1987).

Assim, Fonseca (2005, p.130) começando pelo domínio biológico, refere que muitos aspectos do funcionamento biológico alteram-se à medida que cada um envelhece, sendo consensual que se trata da área onde a percepção individual acerca da dinâmica entre ganhos e perdas desenvolvimentais pende mais para o lado das perdas do que para o lado dos ganhos (Heckhausen, Dixon e Baltes, 1989). Estas mudanças (e eventuais perdas) a nível do funcionamento biológico influenciam o padrão global de saúde, a mobilidade física, o funcionamento cognitivo, etc., muito embora haja estudos recentes que alertam para não se poder daí inferir que um empobrecimento a nível do

funcionamento biológico afecte, necessária e negativamente, os restantes domínios de funcionamento humano (Helin, 2000).

No entanto, VandenBos (1998), citado por Fonseca (2005, p.131) assinala que, se para a maioria dos adultos saudáveis a relação entre o funcionamento físico e o funcionamento psicológico é subtil e de menor relevância (à excepção daquelas situações em que ocorrem doenças graves ou lesões incapacitantes), para o idoso esta relação ganha relevo e torna-se cada vez mais importante à medida que os declínios de natureza física começam a traduzir-se em limitações palpáveis a nível do funcionamento individual global.

Cabete (2005), por seu lado, referenciando Lawton e Brody (1969), abordam a questão do estado funcional da pessoa idosa, afirmando que “a interacção entre dois conjuntos de variáveis, as variáveis individuais ou competências - saúde física e mental, capacidades cognitivas, afectividade e qualidade de vida, auto-eficácia e controlo de si e do meio e as variáveis ambientais - habitação, ambiente e relações sociais (...), numa relação dinâmica é que se verifica a funcionalidade da pessoa idosa, ou seja, a capacidade de se manter autónomo e activo, num meio determinado” (p.15).

3.1.2 - Envelhecimento e saúde mental

As alterações corporais no idoso têm repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2007, p.47).

Para Oliveira (2008a), “a pessoa atinge a plenitude biológica cedo, mas continua a crescer psicologicamente em maturidade, busca de sentido da vida e sabedoria, sendo esta uma característica mais vincada à medida que a idade avança, adquirida com a experiência da vida e com o equilíbrio entre cognição e afectividade” (p.95). Acrescenta que tal maturidade ou sabedoria dá um conhecimento mais global da vida, leva a relativizar o acessório e a valorizar o essencial, gera uma maior capacidade de

discernimento e aconselhamento, sempre em busca de um maior sentido para a vida e mesmo para a morte.

O mesmo autor (2008a, p.71) refere ainda, quanto à saúde psíquica, que em geral o idoso também goza das suas normais capacidades, mencionando que as doenças que o mais afecta são a depressão e a demência, provocada sobretudo pela doença de Alzheimer.

Simões (2006) partilha da mesma ideia quando afirma que “na última fase da vida, costumam considerar o delírio, a demência e a depressão como sendo as «três grandes» desordens mentais” (p.39). Em contrapartida, afirma igualmente que «uma grande surpresa da investigação das últimas décadas sobre as desordens mentais, provém dos dados epidemiológicos, que desfazem alguns mitos relativos à inevitabilidade das mesmas, no final da vida. As taxas de prevalência para distúrbios, tais como a depressão, eram muito inferiores às previstas, inferiores, até, às dos outros grupos etários de adultos. Por outro lado, certas desordens aparecem com mais frequência do que era previsto. Por exemplo, as taxas de prevalência da ansiedade eram surpreendentemente mais elevadas do que as da depressão, e as taxas de deficiências cognitivas, entre indivíduos institucionalizados, eram extremamente elevadas» (Qualls, 1999, p.322, citado por Simões, 2006, p.39).

Em geral poderíamos abordar um leque variadíssimo de temas relacionados com o envelhecimento e a saúde mental, contudo não é nosso propósito e não é possível aprofundar, neste subcapítulo, cada uma das doenças mentais, mais ou menos graves, do idoso. De facto, segundo Fonseca (2005), “um vasto conjunto de fenómenos de natureza psicológica podem aqui ser enquadrados: reacções emocionais, personalidade, mecanismos perceptivos, aprendizagem, memória e cognição, estilos de relação interpessoal, controlo, etc.” (p.131).

3.1.3 - Envelhecimento sociológico

A problemática crucial dos idosos na sociedade actual, e em particular na família, é hoje mais cadente, não só pela percentagem cada vez maior de velhos em comparação com outras faixas etárias, mas também pelo abandono a que podem ser votados (Oliveira, 2008a, p.107).

Segundo o consignado nos nº1 e nº 2 do artigo 72º da Constituição da República Portuguesa:

“nº1 As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou marginalização social. nº2 A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendente a proporcionar às pessoas idosas oportunidade de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

Portanto, posto isto, podemos dizer que incumbe à família, às instituições sociais e ao próprio Estado o dever de apoiar e confortar o idoso.

Fonseca (2005) quando fala no domínio sociocultural, apresenta uma série de factores sociais e culturais que “sob o ponto de vista da psicologia do ciclo de vida, exercem um impacte especial e desempenham um papel primordial na vida dos indivíduos à medida que envelhecem” (p.133). Assim, cita VandenBos (1998) pormenorizando as influências exercidas sobre o padrão de vida dos indivíduos idosos mediante a consideração de quatro estruturas sociais determinantes: o ambiente, a família, a reforma, o estado e a religião.

Ainda segundo o mesmo autor, (2005) “o domínio da relação pessoa-ambiente, não se interrompe bruscamente pelo facto de se atingir a velhice, apenas se altera, pois existe uma interacção contínua ao longo do ciclo de vida entre o indivíduo e o meio envolvente” (p.132). A análise da interacção pessoa-ambiente é muito importante para o entendimento do processo de envelhecimento e os respectivos mecanismos de adaptação. Fonseca (2005) faz referencia aos “distintos modos de estruturação dessa interacção, onde poderão revelar acerca da satisfação de vida dos indivíduos nesta fase de vida e da sua capacidade adaptativa; acontecimentos como a entrada na reforma, a mudança de residência ou a viuvez, que constituem acontecimentos susceptíveis de

alterar significativamente o bem-estar individual, obrigando a uma reorganização das relações pessoa-ambiente com efeitos óbvios em termos adaptativos” (p.132).

Para Oliveira (2008b) a família é o habitat normal ou natural da pessoa humana, e em particular do idoso. Contudo, citando Barros (2002), refere que “a família sofre hoje profundas e rápidas transformações ou mesmo grave crise”. Referenciando ainda o autor supracitado, refere-se a Bengston & Treas (1980), que concluíram “embora os familiares sejam a fonte preferida de conforto e ajuda nas crises, se a expectativa de receber assistência for demasiado elevada, mais a pessoa idosa se deprime se não obtém tal ajuda”. Constata ainda que, por vezes,

“o idoso também não tem o melhor comportamento no seio da família, tornando-se difícil e demasiado exigente, com maior ou menor grau de culpabilidade por esta situação. Muitos idosos, entretanto, preferem viver de forma independente, embora perto dos filhos e dos parentes próximos, combinando assim certa privacidade com a interacção familiar. O problema é quando perdem, total ou parcialmente, a autonomia e a independência” (p.68)

Oliveira (2008b) diz-nos que autores portugueses como Figueiredo (2007); Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), têm publicado sobre os cuidadores familiares, referindo que a família continua a ser a principal cuidadora dos anciãos

“devendo por isso cuidar-se também dos cuidadores, prepará-los e apoiá-los nessa nobre mas difícil missão que pode trazer algumas compensações, mas é certamente geradora de stress e cansaço, sobretudo quando o idoso é portador de alguma doença grave, como Alzheimer, ou quando o cuidador tem de trabalhar fora de casa para ganhar o pão ou tem outras tarefas domésticas prementes” (p.94)

Reforçando a ideia das alterações sociais no envelhecimento, Oliveira (2008b) refere que “na velhice assiste-se a uma progressiva redução da actividade social, devido a diversos factores e perdas: reforma, viuvez, independência dos filhos, perda de autonomia, perda de amigos, etc.”. Assim, Oliveira (2008b) citando Antonucci (2001), “as amizades e as relações sociais dos idosos decrescem, talvez mais em número do que em intensidade, pois as amizades mais próximas mantêm-se ao longo da velhice, assistindo-se ainda a uma maior selectividade” (p.81).

Perante o fenómeno “reforma”, Oliveira (2008b) menciona que “As principais razões para a reforma, para além das condições sociopolíticas impostas, são a saúde, a idade, o poder dispor melhor do seu tempo, o agregado familiar a manter, a pensão oferecida, as características do trabalho e mesmo o sexo” (p.86).

Fonseca (2005a, 2005b, 2006), relativamente a esta temática, pôde nos seus estudos concluir que nos primeiros anos, após a reforma, “os indivíduos continuam a viver razoavelmente satisfeitos, mantendo-se activos e com boas relações sociais, particularmente os de nível socioeconómico mais elevado; contudo, com o avançar da idade, assiste-se a uma vulnerabilidade maior, certamente ditada mais pelo avançar do envelhecimento do que devido propriamente à condição de reformados” (p.89).

Nos seus estudos, Fonseca usou o “Inventário de satisfação com a reforma”, adaptado para a população portuguesa por Fonseca & Paúl (2002). Esta escala, para avaliar os efeitos e sentimentos experimentados pelos reformados, prediz bem o medo da reforma e as atitudes negativas para com a aposentação, sobretudo por parte de pessoas mais tímidas e isoladas ou com menores recursos para viver na pós-reforma (Oliveira, 2008b, p.89).

Oliveira (2008a) refere-se também a esta problemática mencionando que pode trazer aspectos negativos ou positivos, conforme a condição sócio-psíquica de cada um dos membros da família. Para o autor, a reforma “Pode ser um tempo de desgraça, se o reformado não sabe encontrar novas formas de viver e conviver, de ocupar o seu tempo; mas normalmente torna-se tempo de graça, de maior disponibilidade para finalmente e calmamente poder fazer aquilo de que mais gosta” (p.117).

Intimamente relacionada com a aposentação está a questão do tempo de lazer ou tempo livre. Oliveira (2008 b) citando Ferrari (2002) afirma que o lazer “é menos versado na literatura sobre a velhice. Mas, é o idoso que mais tempo livre tem de voltar ao mais original e primitivo do ser humano que é brincar, passear, dar asas à imaginação, à criatividade, ao desporto e, mais especificamente, ter tempo para cultivar mais as amizades e a socialização, praticar a solidariedade e a caridade para com o próximo, valorizar-se culturalmente (através do estudo, da música, da pesquisa electrónica, etc.), dar-lhe oportunidade de ser educador (dos netos ou de outras crianças e/ou adultos). Para desenvolver todas as competências que o tempo livre proporciona, o idoso deve ser apoiado por centros de convivência e exercício físico (ou desporto), universidades abertas à terceira idade e outras formas e instituições que favoreçam a alegria de viver e conviver” (p.91).

Oliveira (2008b) profere ainda que

“a reforma deve ser preparada progressivamente, antes de o reformado vir para casa, e depois apoiada de diversas formas, entre elas criando possibilidades de preencher os tempos livres, eventualmente também com algum trabalho renumerado, ao menos durante algumas horas ao dia ou alguns dias na semana, para além do trabalho caseiro, ou trabalho simplesmente como *hobby* ou como entretenimento” (p.92).

Outra temática de interesse social a abordar é a violência. Oliveira (2008b), corrobora com esta ideia quando afirma que “trata-se hoje de um grave problema familiar e social, devido ao aumento exponencial de pessoas idosas que se encontram particularmente vulneráveis frente a uma sociedade e mesmo à família, que menospreza os seus direitos e onde os estereótipos a respeito dos anciãos são pouco dignificantes” (p.120). O autor citando Barros (2008), refere ainda que a violência tem implicações psicológicas graves contribuindo para uma maior desolação e solidão do idoso, expondo-o mesmo à tentativa do suicídio quando não vê outra saída.

Relacionado com a violência e os maus-tratos está o problema da exclusão social, que pode levar a uma maior solidão dos idosos. A exclusão, mais ou menos explícita ou velada dos idosos, é um facto, mesmo que todo o mundo e os políticos em particular gritem igualdade e a defesa dos direitos de todos. Muitas vezes os meios de comunicação social também veiculam estereótipos sobre a terceira idade que levam a uma maior desconsideração social (Oliveira, 2008b, p.101).

3.1.4 - Envelhecimento, espiritualidade e religiosidade

O interesse por esta dimensão espiritual é mais premente quando se trata de pessoas idosas e ainda mais à medida que a morte se aproxima. Oliveira (2008b) define “espiritualidade como busca de significado e de objectivos de vida relacionados com o sagrado ou o transcendente (inclui aspectos ou elementos cognitivos, mas também afectivo/volitivos e experienciais)” (p.26). Refere que a vivência religiosa correlaciona positivamente com a satisfação com a vida, o bem-estar psicossocial, a saúde física e mental, ao mesmo tempo que ajuda a recuperar da doença e é fonte de significado e

objectivos de vida. Onde, em particular, a oração constitui um recurso importante para lidar com as dificuldades da vida.

Oliveira (2008b) citando Bianchi (2005), relativamente à espiritualidade alude que “entre os idosos, é frequente expressá-la em termos não-religiosos, falando-se de um poder interior que leva a cultivar a auto-estima, a gratidão, a tentar superar a imortalidade, a cultivar mais liberdade e as amizades, a formar comunidades, a lutar pela justiça, pela paz e pela ecologia” (p.27).

O autor atrás citado, menciona ainda, que se concebe a espiritualidade e a religiosidade como formas diferentes de se relacionar com o sagrado, não havendo consenso sobre a sua definição e correlação, devido certamente aos muitos significados que pode assumir o termo espiritualidade.

Oliveira (2008b) afirma que “de algum modo toda a pessoa religiosa é, a seu modo, espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa. Segundo Wuthnow (1998), a pessoa religiosa pode ser considerada como habitante (de um determinado espaço), enquanto a pessoa espiritual é procurante (anda em busca de sentido)” (p.27). Pois, segundo Wink e Dillon, 2002, citados por Oliveira (2008b) “a pessoa religiosa tende aceitar formas tradicionais de religião, sujeitando-se à autoridade, frequentando um espaço sagrado, rezando em particular e publicamente (culto); a pessoa espiritual prescinde da autoridade, da tradição e do ritualismo, é mais independente na sua crença, conjugando muitas vezes influências diferentes” (p.27).

Como fundamenta Eliason (2000, p.243-244), citado por Oliveira (2008b) “a religião incorpora a capacidade de transcendência e supõe a relação com alguém Outro ou Santo (absolutamente), e é constituída por um sistema de crenças e práticas rituais, mais ou menos oficiais, enquanto a espiritualidade é algo mais difuso e intimista, próximo de uma religiosidade vaga (religiosidade pode não significar propriamente religião)” (p.28).

De acordo com Oliveira (2008b) a “espiritualidade e religiosidade, mormente nos idosos, frequentemente se relacionam com a sabedoria e com a capacidade de dar um maior sentido à vida (e também à morte)” (p.29). O medo da morte está ligado ao tempo, mas também relaciona-se muito com a fé ou a descrença na imortalidade (Oliveira, 2008a, p.123). A pessoa defende-se do medo ou do terror da morte, com

estratégias que passam também pela resiliência ou idiosincrasia de cada pessoa, de variáveis sociodemográficas, como a idade, o género e o nível sociocultural, bem como a religiosidade e espiritualidade, além de outras variáveis étnicas e culturais (Oliveira, 2008a, p.126).

Oliveira (2008b) diz-nos ainda, em particular, que

“no que diz respeito ao processo de envelhecimento e à velhice, é pacífico constatar que em geral os idosos encontram na religião, mais ou menos vivida ou tradicional, um grande apoio para os ajudar a confrontar-se com as mazelas próprias da idade; na oração ou em qualquer outra expressão religiosa, individual ou grupal, encontram novo alento e sentido de existir, de sofrer e mesmo de morrer, ajudando também a combater a depressão e a solidão” (p.38).

Em suma e continuando a citar Oliveira (2008b) “espiritualidade e religião não são conceitos idênticos ou sobrepostos, mas muito relacionados, de tal modo que frequentemente são tratados conjuntamente, designadamente no processo de envelhecimento” (p.43). Refere ainda que “analisando alguns artigos, numa espécie de meta-análise, estuda a evolução do sentido de espiritualidade (definida como busca de significado e de objectivos na vida do indivíduo e pertencente ao domínio do sagrado ou transcendente), devido principalmente aos diversos desafios que se colocam ao idoso, e ainda a diferenças culturais e individuais” (p.38).

Na velhice, a pessoa está ainda mais predisposta para experiências emocionais do que transcendente e para a busca do sentido, sendo muito apoiada pela comunidade de fé envolvente. Enfim, a fé pessoal e comunitária, as crenças e experiências do sagrado contribuem para uma maior qualidade de vida e de significado existencial.

Findamos este subcapítulo referindo Oliveira (2008b) citando Seifert (2002) “A busca de sentido existencial relaciona-se particularmente com a religião e a espiritualidade, pois a maior parte das pessoas, designadamente os idosos, procuram aí respostas para as perguntas mais cruciais” (p.48).

3.2 - A pessoa idosa e as transições de vida

Para Fonseca (2005) “as transições referem-se a acontecimentos de vida experimentados pela generalidade dos indivíduos num dado contexto sociocultural, como por exemplo o casamento, o nascimento de um filho ou a reforma. Apesar de nem todas as pessoas experimentarem estes acontecimentos, o seu impacte é suficientemente grande e relevante para que as transições de vida neles implicadas sejam consideradas como variáveis com um elevado valor explicativo da ocorrência de mudanças” (p.88).

Numa óptica de ciclo de vida, o resultado de uma transição pode revestir-se, de aspectos positivos e negativos, envolvendo ganhos e perdas. Fonseca (2005) cita Schlossberg (1981) onde “chama a atenção para o facto de a transição não ser tanto uma questão de mudança, por si só, mas ter sobretudo a ver com a percepção do indivíduo relativamente a essa mudança, pelo que uma transição só o será se assim for definida pela pessoa que a experimenta” (p.163). Diz-nos ainda, citando Schlossberg (1981, p.5) que “uma transição ocorre sempre que um acontecimento ou não-acontecimento resulta numa mudança nas concepções acerca de si mesmo e do mundo e requer, desse modo, uma alteração correspondente ao nível dos comportamentos e das relações” (p.162).

Para Oliveira (2008a) citando Colarusso (1998), relativamente aos adultos em idade avançada ou já na velhice, existem acontecimentos de vida que se impõem designadamente a “aceitação das transformações do corpo, o reconhecimento da finitude e a perda progressiva de relações interpessoais” (p.47). Salaria ainda que a tarefa de manter a imagem do corpo e a integridade física é a tarefa que torna-se na velhice a preocupação principal, pois as forças físicas vão declinando (e muito mais se há doenças graves), apesar da saúde mais ou menos normal. Reforça a ideia referindo que “o sujeito pode sentir-se ainda com as mesmas potencialidades cognitivas e afectivas, mas sem correspondência física, e estas mudanças podem ser interpretadas como perdas e desencadear processos semelhantes aos do luto; daí a necessidade de o idoso aceitar serenamente este declínio físico e saber adaptar-se e adaptar a vida a esta realidade” (p.48).

Oliveira (2008a) destaca a ideia de que é necessário que «o idoso saiba acompanhar, ao longo da curva da vida, a evolução do seu “*self*” (...) que insiste

particularmente na regressão que o idoso faz em relação aos tempos passados, sendo necessário encontrar novos ideais e novos valores» (p.49). Diz-nos ainda que “ao idoso compete fazer uma correcta e contínua revisão de vida, que é como espécie de percurso no interior de si mesmo, sabendo aceitar os aspectos negativos do passado, para não cair na desilusão, depressão ou mesmo desespero, e valorizando ainda mais os aspectos positivos, adaptando-se à nova realidade da velhice” (p.49).

De acordo com Oliveira (2008b), citando Erikson (1968; um dos primeiros autores a estudar o desenvolvimento do eu ao longo de todo o arco da vida) “a pessoa idosa (a partir dos 65 anos) (...) terá sucesso ou insucesso nesse período, que constitui o nível mais evoluído do processo de integração da personalidade, dependente do modo como superou ou não as fases anteriores” (p.64). Do mesmo modo, Levinson (1986, 1990) citado por Oliveira (2008a) “apoia também o estudo do desenvolvimento psicológico, ao longo de diversas estações, em momentos de crise, particularmente nos períodos de transição, crises que se podem expressar no abandono da estrutura anterior, no sentimento de fractura interna ou em sintomas físicos (doenças, alterações do sono, enfartes, etc.)” (p.67). Assim, Erikson *et al.* (1986), citados por Oliveira (2008b) “consideram que um dos desafios específicos da velhice é reconciliar-se com o passado, investindo ao mesmo tempo no presente” (p.64).

Em geral, como refere Oliveira (2008a) “o desafio é fazer que o envelhecimento se processe cada vez com maior qualidade de vida, em todos os domínios (saúde física e mental, competência social, conservação da autonomia, bem-estar)” (p.103). Também, nesta mesma linha de pensamento, Fonseca (2005) refere que «o idoso num processo de “transição-adaptação”, ao adaptar-se a uma nova circunstância da sua vida, não está apenas a lidar com um estado biológico, psicológico e social, que se resume ao presente. Na verdade, a leitura que faz da condição actual está substancialmente marcada pela leitura que também faz do passado vivido». Este aspecto foi desde sempre salientado pelos autores que mais se debruçaram sobre o envelhecimento, defendendo Neugarten (1975) ao referir que a “adaptação nesta fase do ciclo de vida consiste num processo através do qual a personalidade exerce um papel mediador entre influências de diversa ordem, nomeadamente, biológicas, sociais e de representações do passado” (p.184).

3.2.1 - O idoso e as fracturas da anca

Alguns estudos de investigação, referentes a esta temática, fracturas da anca no idoso, salientam a importância da reflexão e discussão deste mesmo assunto. De modo que, destacamos de seguida, alguns resultados desses resumos de pesquisas científicas.

No estudo de Barnes & Dunovan (1987): “Os resultados funcionais após a fractura da anca” evidencia a capacidade de atingir a deambulação independente após a fractura da anca, a estabilização ortopédica e a posterior reabilitação, em 65 utentes internados em um centro especializado em reabilitação geriátrica” (p.1675). Assim, em termos de resultados sugerem-nos que:

“Cinquenta e quatro (83%) dos 65 pacientes alcançaram a deambulação independente, em algum momento entre a data da cirurgia e um ano mais tarde. Em um ano após a cirurgia, apenas quatro dos 65 pacientes morreram e as variáveis: idade, técnica cirúrgica, lado da fractura, local da fractura, presença de fractura prévia, presença de contracturas dos membros inferiores, a força dos músculos abdutores do quadril, número de visitas à fisioterapia e número de dias da cirurgia até a alta estiveram associados com a capacidade de atingir a deambulação independente” (p.1675).

Por sua vez, Jongjit *et al.* (2003) no seu estudo “Qualidade de Vida em Saúde, após a fractura da anca em idosos residentes na comunidade” dizem-nos que “a fractura da anca ocorre comumente em indivíduos mais velhos e pode ter um impacto considerável na independência funcional e na qualidade de vida dos utentes idosos que vivem na comunidade” (p.670). Em termos de resultados, quando comparado o grupo de indivíduos com fractura da anca com o grupo de controlo, a pontuação foi significativamente menor em todas as medições da função física e da qualidade de vida. Os autores Jongjit *et al.* (2003) mencionam que:

“a redução em função reflectiu-se em uma redução da qualidade de vida. Clinicamente a fractura de anca compromete a funcionalidade e a qualidade de vida destes indivíduos. Ou seja, os efeitos da diminuição do equilíbrio e da mobilidade, com independência funcional e social reduzida, reflectem-se na diminuição da qualidade de vida percebida pelo grupo com fracturas da anca. O impacto adverso da fractura da anca na qualidade de vida e funcionalidade, precisa ser reconhecido pelos profissionais de saúde na comunidade, para que os recursos de saúde adequados possam ser voltados para prevenção e tratamento desta doença debilitante.” (p.671)

No estudo de Lin & Chang (2004) “Recuperação funcional de idosos, um ano após a cirurgia de fractura da anca”, obtiveram como resultados, no que se refere à recuperação funcional o seguinte:

“Na maioria dos casos, as actividades de vida diária - AVD e actividades de vida diária instrumentais – AIVD, em idosos, não puderam ser recuperadas para o estado antes da fractura no período de um ano de acompanhamento; o período de recuperação foi mais rápido no terceiro mês após a alta. Em termos de AVD, antes da fractura: 93,2% dos utentes poderiam andar, 74,8% subir escadas e cerca de 90% cuidar de si mesmos (autocuidados na: alimentação, higiene, vestir-se). Porém, apenas 70,9%, 49,1% e cerca de 75% dos utentes, respectivamente, podia andar, subir escadas e cuidar de si mesmos um ano após a fractura da anca. Quanto às AIVD, 73,8% dos utentes podiam caminhar ao ar livre antes da fractura, mas apenas 58,2% podiam andar ao ar livre um ano após a fractura. Os resultados apontam ainda para um declínio funcional das pessoas idosas após fractura da anca e sugerem a importância de se concentrar na base de intervenções hospitalares e de planeamento de alta, multidisciplinares” (p.72).

Já relativamente às “Necessidades de cuidados e nível de dificuldade de cuidados relacionados às fracturas de anca, em populações geriátricas, no período de transição pós-alta” Lin *et al.* (2006), no seu estudo, identificaram como resultados que:

“a maioria dos utentes idosos dependia de cuidados de familiares antes da alta; a maioria dos cuidadores (n=47, 66,2%) era do género feminino; a idade média dos cuidadores primários foi 51,72 anos de idade; a relação entre os idosos participantes e seu cuidador principal foi, predominantemente, de marido e mulher (n=22, 31,0%). Em termos de necessidades de cuidados e nível de dificuldade de cuidados, incluíram: ajuda no regresso a casa; sensibilização da segurança em todos os momentos; assistência à gestão de problemas emocionais; assistência no treino para andar; assistência de reabilitação entre outras. Os resultados do estudo sugerem ainda que a prestação de cuidados domiciliários, relacionados com os utentes e cuidadores, deverá de ser antes da alta hospitalar, para uma melhoria do sistema de apoio social que será necessário” (p.251).

Os autores Holt *et al.* (2008) no seu estudo prospectivo “Resultado após a cirurgia para o tratamento de fractura de fémur em idosos de idade avançada” salvaguardam que:

“os idosos em idade avançada apresentaram piores indicadores do estado de saúde; grupo com menor possibilidade de ser independente na mobilidade e mais provável para estar sob o cuidado institucional; a mortalidade de 30 e 120 dias foi maior neste grupo de idosos em idade avançada; e também foram muito menos propensos a voltar para casa ou retornar aos níveis anteriores de mobilidade” (p.1899).

No seu estudo “As diferenças de género influenciam o resultado da reabilitação geriátrica após fractura de anca”, Arizon (2009) refere que realmente “as diferenças de género influenciam o resultado da reabilitação geriátrica após a fractura de anca e que esta situação, representa a expressão mais dramática da doença, em termos de morbilidade, custos médicos e mortalidade, acrescentando ainda que a incidência de fractura de anca aumenta substancialmente com a idade” (p.86). O objectivo deste estudo foi avaliar a associação entre género e resultado da reabilitação geriátrica após a fractura traumática da anca. Noventa e nove idosos doentes residentes na comunidade (com idade superior a 65 anos), 64 mulheres e 35 homens, que foram admitidos para a reabilitação geriátrica após cirurgia de fractura da anca, foram avaliados. Em termos de resultados

“Os homens apresentaram maior número médio de condições de co-morbilidade no momento da fractura. Os homens recuperaram mais do humor deprimido, em comparação com mulheres durante a reabilitação. As mulheres eram mais funcionalmente dependentes de locomoção, transferências e controle de esfíncteres (...) As diferenças de género na recuperação funcional pode afectar as terapêuticas e a tomada de decisão de reabilitação. A recuperação funcional após a fractura traumática da anca foi maior nos homens em comparação com as mulheres” (p.88).

Relativamente a estudos realizados em Portugal, Branco, Felicíssimo & Monteiro (2009), no seu artigo de revisão: “A Epidemiologia e o Impacto Sócio-Económico das Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur. Uma reflexão sobre o padrão actual e tratamento da Osteoporose grave”, afirmam que “as fracturas da extremidade proximal do fémur (FEFP) provocadas por trauma ligeiro de baixa energia são uma das consequências mais graves da osteoporose (OP). É estimado que após um ano da FEFP, 10 a 20% dos doentes acabam por falecer, 50% apresentam perda funcional e/ou motora e somente 30% dos doentes obtêm recuperação funcional para os níveis anteriores à fractura” (p.475). Citando a OMS, os autores supracitados referem que as FEFP resultam em dor crónica, perda de mobilidade e capacidade funcional, e aumento de mortalidade. Todos os doentes com este tipo de fractura requerem internamento hospitalar mais ou menos prolongado e praticamente todos são submetidos a intervenção cirúrgica.

Face a tal situação e de acordo com a circular informativa do Ministério da Saúde de Portugal (2008), sobre o suplemento de Cálcio e Vitamina D em pessoas idosas,

“ocorreram em 2006, em Portugal, 9523 fracturas do colo do fémur, as quais, para além de consumirem cerca de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares, são uma importante causa de morbidade e mortalidade. De facto, os doentes com fractura do fémur proximal têm uma mortalidade estimada entre 20% e 30% no ano seguinte à fractura e apenas 15% dos doentes com fractura do colo femoral recuperam a capacidade funcional prévia, ficando cerca de 40% com incapacidade grave” (p.1).

A DGS do Ministério da Saúde de Portugal (2003a), por seu lado, numa das “Orientações Técnicas DGS: Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica” revela-nos que “Não existem estudos nacionais publicados e especificamente dedicados ao cálculo destas taxas de incidência, pelo que a DGS considera os dados obtidos nos estudos internacionais que estimam que 1% dos doentes com FEFP sofrem nova fractura desse tipo ao fim de um ano.”

Em termos da função e independência física, entre aqueles que sobrevivem, no período subsequente a uma FEFP, para os autores Branco, Felicíssimo & Monteiro (2009), tem enorme impacto na sociedade. Efectivamente, 33% dos doentes tornam-se totalmente dependentes ou institucionalizados após a FEFP. Referem ainda que “o impacto das FEFP nos serviços de ortopedia é enorme, seja pela ocupação de camas, seja pelo consumo de tempo e dinheiro em actos médicos. Este facto é comum a praticamente todos os países e representa um enorme dispêndio de recursos” (p.479).

Relativamente aos custos, para os autores Branco, Felicíssimo & Monteiro (2009) “os resultados nacionais mais recentes de custos hospitalares das FEFP estimam que cada internamento por fractura do fémur, quer do colo quer de outras localizações, representa um custo médio de 4.100 euros” (p. 480). Estes custos, além de não reflectirem os gastos reais dos hospitais, também não incluem os gastos subsequentes com a recuperação e apoio social relacionados com este tipo de doentes, nem outros tipos de custos indirectos, que poderão ter enorme importância na perspectiva do Sistema Nacional de Saúde (por exemplo, número de camas ocupadas nos serviços de ortopedia e respectivo impacto negativo na capacidade de tratamento de outras indicações, e reinternamentos codificados em outras causas) e na perspectiva da sociedade (por exemplo, institucionalizações, apoio domiciliário, cuidados continuados, e cuidadores familiares em idade activa). Alguns autores advogam que as despesas adicionais em cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação funcional após a alta hospitalar, terão uma ordem de grandeza idêntica às decorrentes da hospitalização, pelo

que será de esperar que o tratamento global dos doentes com FEFP em Portugal seja pelo menos o dobro do valor que foi estimado pela DGS para os custos directos hospitalares.

Acrescenta-se por fim e, mais uma vez, Baixinho (2008, p.79), quando nos refere da necessidade de desenvolver estudos nesta área em Portugal, de forma a contribuir para o conhecimento dos enfermeiros e que lhes permita aumentar a sua competência na preparação do regresso a casa da pessoa idosa após cirurgia da fractura do colo de fémur.

3.2.2 - A autonomia, a independência e a dependência no idoso

Para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida tentando manter a autonomia e a independência pessoal (Fernández-Ballesteros, 2002, citado por Paúl & Fonseca, 2005, p.112). É também propósito do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006), como já foi referido na contextualização, “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível (...)” (p.3).

Para Lage (2005) “a dependência emerge como um problema central da velhice, abordado por uns como um problema económico e social de uma sociedade envelhecida, e por outros, como um problema que põe em evidência as dificuldades do dia a dia com as quais se confrontam as pessoas idosas e suas famílias” (p.7). Assim, acrescenta-nos ainda, que “embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população, acarreta, um aumento de situações crónicas incapacitantes com problemas de dependência e/ou défice funcional, que requererão a médio ou a longo prazo, suporte social, familiar ou de saúde” (p.7).

Embora exista muitas considerações, debates e reflexões sobre autonomia, independência ou dependência, no campo do envelhecimento, salientamos a perspectiva de Ennuyer (2001), citado por Lage (2005), sobre a dependência, em que nos remete para duas leituras diferentes.

“O fenómeno da dependência visto através da definição médica e incapacitante da dependência, tem tendência a ver o indivíduo através da sua incapacidade funcional, física ou psíquica, ou seja, remete-nos para um estado de envelhecimento individual e biológico (...) E, pelo contrário, a definição relacional ou social da dependência, remete-nos para uma velhice que é o resultado de um percurso social e biológico dentro de uma organização social determinada, ou seja, modela a velhice como uma construção social” (p.8).

Assim sendo, Lage (2005) refere-nos que a “percepção da dependência como estado deficitário e essencialmente biológico, ligado unicamente ao avanço da idade e à necessidade de ajuda, tem veiculado uma imagem negativa da dependência em detrimento, pois, de uma definição da dependência enquanto relação necessária com os outros para a manutenção da solidariedade e da coesão social” (p.8). Sintetiza, referindo-se a Rodríguez (2000) em que “é preciso acabar com o binómio velhice incapacidade, como algo inevitável, de tal forma que como profissionais de saúde, sejamos levados, mais a detectar/prevenir, do que a tratar” (p.9).

Para Jacelon (2004) o conceito de autonomia “é a liberdade e capacidade de adultos mais velhos a agir em seu próprio benefício. Trata-se da independência (a capacidade física de agir) e controle (auto-percepção do poder)” (p.30).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® (2005) a autonomia é um foco caracterizado como um direito do cliente com as características específicas: “Autónomo, independente, ter autocontrolo e estar orientado.” Já os termos independente e dependente, ainda de acordo com a CIPE® (2005) é um juízo considerado, respectivamente, como um: “Estado de não estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio” e um “Estado de Dependência com as características específicas: Estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio.”

Fortalecendo esta definição de autonomia Paúl & Fonseca (2005) referem que “os componentes a incluir na avaliação da funcionalidade são os que permitem prever a capacidade dos idosos para se manterem a viver de um modo independente. Assim, devem ser estudadas a capacidade funcional e a capacidade locomotora, mesmo sem queixas espontâneas ou aparentes nesses domínios, em associação a uma avaliação, de carácter mais clínico, da morbilidade física e mental e a uma abordagem do foro social” (p.113). Ainda de acordo com os mesmos autores, a capacidade funcional corresponde a o indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e

de adaptação ao meio em que vive. Deve ser avaliada segundo o que o indivíduo faz no seu quotidiano e com os meios que dispõe (Bowling 1997; Katz *et al.*, 1963) e ser relacionada com factores físicos e/ou mentais e com factores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função.

Segundo Paúl & Fonseca (2005), a capacidade funcional deve de ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho, e citando Botelho (2000), referem que

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

Finalizamos com a referência de Paúl & Fonseca (2005), quando alertam que “uma atitude activa, a nível pessoal e de grupo de trabalho, conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade dos idosos, poderá fazer a diferença para uma melhor preparação no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos indivíduos à medida que envelhecem” (p.131).

3.3 - O autocuidado

O autocuidado é considerado como um dos eixos prioritários de investigação em enfermagem. De acordo com a tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre a investigação em enfermagem (2006) “os estudos na área da educação para a saúde e aprendizagem de capacidades devem promover programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, nomeadamente aspectos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente” (p.4).

Assim, neste capítulo abordaremos a temática do autocuidado essencialmente segundo a autora Souraya Sidani in “Nursing-Sensitive Outcomes, State of the Science” editado por Diane M. Doram (2003), no seu capítulo “*Self-Care*” por rever a literatura disponível no autocuidado e considerarmos, tal referência bibliográfica pertinente, actual e completa.

Num primeiro tópico, focaremos uma definição conceptual do autocuidado. Na segunda secção, e sempre de acordo com a referência bibliográfica Sidani (2003), a identificação dos factores que influenciam o autocuidado e numa última abordagem a influência desses mesmos factores aquando da avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem na promoção da realização do autocuidado e as consequências do autocuidado.

Assim, para Sidani (2003, p. 65), o autocuidado é a dimensão chave dos cuidados de saúde (Nelson McDermott, 1993; Slusher, 1999) e é examinado como uma orientação filosófica que é a base da assistência e o distingue de outras disciplinas (Bennett, 1980; Orem, 1991). É considerado como uma ferramenta que apoia o desenho das intervenções de promoção de saúde e guia da prática contínua dos cuidados de saúde, que inclui os cuidados primários, os cuidados agudos, os cuidados no domicílio, os cuidados de longa duração e situações de reabilitação. O autocuidado é o foco e o objectivo dos cuidados de enfermagem apontado para a melhoria do estado da saúde, *coping* e para as capacidades de função dos pacientes (Dodd & Miaskowski, 2000; Gantz, 1990; Henry & Holzemer, 1997; Keller *et al.*, 1989; McCaleb & Edgil, 1994).

O autocuidado também é visto como um resultado dos cuidados de enfermagem (Gillette & Jenko, 1991; Irvine *et al.*, 1998; Johnson & Maas, 1997; Mitchell *et al.*, 1998), onde se espera que os pacientes seleccionem e executem acções para manter a vida, o funcionamento são e bem-estar.

Vários factores contribuíram para a importância do autocuidado como um resultado desejado para pacientes em situações de cuidados continuados de saúde: (a) mudança de padrão de doença (de agudo para crónico); (b) modificação de uma ideologia de cura para uma orientação de cuidado; (c) economia de cuidados de saúde caracterizada por fundos e recursos limitados e por uma ênfase na contenção de custos, que levam a internamentos hospitalares cada vez mais curtos, para uma prestação de cuidados em ambulatório; e (d) um movimento de clientes, cada vez mais informados sobre questões de saúde, mais exigentes com o controlo do seu cuidado de saúde e maior participação nas decisões relacionadas com saúde e cuidado, demonstrando um desejo e motivação para melhorar a sua saúde, funcionamento e bem-estar.

Reforça esta mesma ideia, Pearson & Vaughan (1992) quando citam Bennet (1980)

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

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

Para Sidani (2003) citando Anastasio *et al.* (1995) o autocuidado é considerado “como uma componente integral de dirigir as exigências em saúde e de preservar um nível de saúde funcional são e aceitável” (p.66). O autocuidado permite aos pacientes observarem-se, reconhecer sintomas, determinar a gravidade de sintomas e escolher estratégias apropriadas para tratar os sintomas. Os objectivos são minimizar os sintomas e maximizar a saúde (Baker, 1999; Coates & Boore, 1995, citados por Sidani, 2003).

Como já referimos anteriormente, embora a promoção do autocuidado seja reconhecido como um resultado em cuidados de enfermagem e tenha sido discutido em um grande número de publicações, os estudos que investigaram o autocuidado são escassos (Rice, 1998; van Agthoven & Plomp, 1989, citados por Sidani, 2003). A pesquisa no autocuidado foi impedida por uma falta de consistência da conceptualização das suas dimensões, que resultou na variabilidade da sua operacionalização e em uma falta de instrumentos de medida válidos e fiáveis para mensurar o autocuidado de forma rigorosa e compreensível (Padula, 1992, citado por Sidani, 2003).

3.3.1 - Autocuidado: definição e análise do conceito

Antes de mais e, ainda de acordo com a referência bibliográfica Sidani (2003), “o autocuidado é um termo que apareceu na literatura relacionada com saúde nos anos 1970 (por ex., Levin, 1976)” (p.67). Na enfermagem, Dorothea Orem (1971, 1985, 1991) desenvolveu e aperfeiçoou um modelo de autocuidado que serviu de base para conseguir teorias de médio-alcance do autocuidado. Essas teorias formaram o quadro de referência de múltiplos estudos que descreveram as práticas de autocuidado de vários utentes e populações, exploraram factores que influenciam o autocuidado e investigaram os efeitos das intervenções de enfermagem no autocuidado.

Assim, de acordo com Meleis (2007) a primeira teoria, a teoria do autocuidado é baseada na ideia fundamental da teoria de Orem do défice de autocuidado. O autocuidado é uma função humana de regulação que é realizada por pessoas individuais ou é feita para eles por outros (pessoas dependentes). Para Orem (2001), segundo Meleis (2007) “o propósito do autocuidado é para manter a vida, para manter as funções essenciais física e psíquica, para manter a integridade das funções e o desenvolvimento da pessoa, no âmbito das condições que são essenciais para a vida” (p.425). Diz-nos ainda que, este foco central baseia-se na presunção de que os indivíduos aprendem práticas de autocuidado através da experiência, educação, cultura, conhecimento científico, crescimento e desenvolvimento. Existindo uma relação entre as acções deliberadas de autocuidado e o desenvolvimento e funcionamento dos indivíduos e grupos.

A segunda teoria, o elemento essencial da teoria do Déficit de Autocuidado de enfermagem é um "déficit de auto-cuidado". É o mais compreensivo e é o núcleo de suas ideias. A ideia central dessa teoria é uma imagem conceitual de indivíduos que estão total ou parcialmente incapazes de conhecer ou se adaptar na prestação de cuidados que assegura o funcionamento e desenvolvimento para si ou para seus dependentes. Esta teoria baseia-se em dois conjuntos de pressuposições. O primeiro gira em torno da capacidade da pessoa para gerir e participar na prestação de autocuidado e cuidados a dependentes, o segundo gira em torno de que as sociedades são capazes de oferecer para ajudar com os serviços para os indivíduos que estão em um estado de dependência (p.425).

E a terceira teoria, ainda de acordo com Meleis (2007) citando Orem & Taylor (1986, p.44), a "teoria do sistema de enfermagem(s)", descreve a terapêutica dos requisitos de auto-cuidado e as acções ou sistemas envolvidos no autocuidado dentro do contexto de suas relações contratuais e interpessoal de seres humanos com déficit de autocuidado (p.426). Acrescentamos Foster & Bennett (2000) quando nos refere que

“a teoria dos sistemas de enfermagem, apresenta o sistema de enfermagem, delineado pelo profissional de enfermagem e elaborado com base nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do utente para desempenhar as actividades de autocuidado. Se houver um déficit de autocuidado, isto é, se existir um déficit entre o que o indivíduo pode fazer (acção de autocuidado) e o que precisa ser feito para manter o funcionamento ideal (exigência de autocuidado), a enfermagem é exigida” (p. 87).

Em suma e para Meleis (2007) citando Orem (1995) “todas as três teorias juntas tornam-se uma teoria geral de enfermagem que se intitula de teoria do déficit de autocuidado de enfermagem” (p.426). Em que o foco das três teorias é sobre o autocuidado, definido como "a prática de actividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar" (Orem, 1983, p.55).

Na conceptualização de Orem (1985, 1991) e segundo Sidani (2003), “o autocuidado é representado por dois distintos conceitos, ainda que relacionados: Capacidade para o autocuidado, de um indivíduo desenvolver comportamentos de autocuidado (“*Self-care Agency*”) e Comportamento de autocuidado, prática de actividades de cuidados de saúde com maturação (“*Self-care Behavior*”) (p. 67).

O primeiro refere-se à capacidade (“*ablility*”) de um indivíduo para ocupar-se em comportamentos de autocuidado. Ele denota a capacidade de iniciar e executar acções dirigidas em direcção ao cuidado de si, por si mesmo. A capacidade para o autocuidado (“*Self-care Agency*”) implica vários domínios, inclusive (1) o domínio cognitivo, isto é, o conhecimento das condições de saúde e as habilidades necessárias para cumprir a auto-gestão (“*self-management*”) da acção, bem como a tomada de decisão e a capacidade de julgamento; (2) o domínio físico, isto é, a capacidade física de executar a acção de auto-gestão; (3) o domínio emocional ou psicológico, isto é, atitudes, valores, desejo e motivação, como também a percepção da competência na execução de auto-gestão da acção; e (4) o domínio comportamental, que se refere a ter as habilidades necessárias para a execução dos comportamentos de autocuidado (Burks, 1999; Joseph, 1980; Lantz *et al.*, 1995; Orem, 1991).

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

Outros eruditos de enfermagem e de acordo com Sidani (2003, p.68) fomentaram as seguintes definições do autocuidado:

- “O processo que permite as pessoas e famílias tomar a iniciativa e a responsabilidade e para funcionar efectivamente no desenvolvimento do seu potencial da saúde” (Norris, 1979).
- “O processo de tomar responsabilidade de desenvolver o seu próprio potencial de saúde” (Spradley, 1981).
- “O nível de comportamentos de acção directos de prevenção ou atenuação dos efeitos secundários do tratamento ou prevenir as complicações evitáveis da doença” (Braden, 1993).
- “A realização de actividades preventivas ou actividades terapêuticas de saúde que promovem a participação óptima em actividades normais” (Anderson, 1990).

- “As actividades nas quais se ocupa em todas as partes da vida em uma base diária” (Hartweg, 1990).
- “O autocuidado na saúde refere-se às actividades que os indivíduos, famílias e as comunidades empreendem com a intenção de realçar a saúde, prevenir a doença, doença limitativa e restauro de saúde. Essas actividades são derivadas de conhecimentos técnicos, assim como, de capacidades, em conjunto com profissionais de saúde e de experiências passadas próprias. Elas são realizadas por pessoas em seu próprio benefício, separadamente ou em colaboração participativa com profissionais” (Lenihan, 1988).

As definições que acabamos de apresentar, fornecem uma conceptualização bastante consistente do autocuidado. Pois, para Sidani (2003) o autocuidado é “entendido como a capacidade de executar e envolvimento actual em acções destinadas para promoção, melhoramento ou manutenção de saúde. As actividades são seleccionadas e aprovadas pelos indivíduos no seu próprio benefício, independentemente ou em colaboração com os profissionais de saúde” (p.69).

Ainda de acordo com Sidani (2003), o autocuidado tem sido operacionalizado como a capacidade de percepção e/ou o desempenho actual das acções ou comportamentos relacionados com a promoção e manutenção de saúde, prevenção de doenças e tratamento. As acções específicas reflectivas do autocuidado variam de acordo com a finalidade para a qual são realizadas (p. ex., promoção de saúde, prevenção de doença), a população alvo (p. ex., crianças saudáveis, clientes com doença crónica) e a organização dos serviços de saúde (p. ex., comunidade, cuidados domiciliários, cuidados de longo duração).

Terminamos com a definição de autocuidado, segundo a versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® (2010), no sentido de ser a terminologia mais actual e comum a todos os enfermeiros “Autocuidado: Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.”

3.3.2 - Factores influenciadores no autocuidado

A realização actual do comportamento de autocuidado é colocada directamente sob a influência da capacidade para o autocuidado percebida pela pessoa, isto é, a capacidade e vontade da pessoa para ocupar-se em actividades de autocuidado (segundo Sidani, 2003, p.69, citando Gantz, 1990; Orem, 1991).

Além disto, os investigadores têm proposto uma variedade de factores que afectam o exercício da capacidade para o autocuidado e/ou a realização do Comportamento de autocuidado (p.69). Os factores são classificados em cinco categorias: cognitiva, psicossocial, física, demográfica e sociocultural.

A primeira inclui a capacidade de aprendizagem, memória, capacidade de resolução de problemas, capacidades de organização e conhecimento, bem como a percepção de que a acção/comportamento ou de tratamento a ser realizado seja eficaz (Harper, 1984; Jaarsma *et al.*, 1998).

Os factores psicossociais, que constituem a segunda categoria, incluem o auto-conceito, a auto-estima, o autodomínio, características de personalidade, percepção da auto-competência (“*self-competence*”) e a motivação (Gantz, 1990; Harper, 1984; Horsburgh *et al.*, 2000; Joseph, 1980; Whetstone & Hansson, 1989).

A terceira categoria implica factores físicos como destreza, capacidades psicomotoras, actividade ou nível de movimento, estado de saúde funcional e incapacidade ou lesão (Gaffney e Moore, 1996; Harper, 1984; Joseph, 1980).

Factores demográficos como idade ou maturidade, género, escolaridade, status socioeconómico e projecto de vida (“*living arrangement*”) (Gaffney e Moore, 1996; Hanucharunkul, 1989; Joseph, 1980) formam a quarta categoria de factores que afectam autocuidado.

A última categoria inclui factores socioculturais como sistema familiar, práticas culturais e crenças, valores e crenças da saúde, suporte social e disponibilidade de recursos (Gaffney e Moore, 1996; Gantz, 1990; Hanucharunkul, 1989; Joseph, 1980).

Não é nosso propósito explicar, em termos de evidência empírica o que liga o autocuidado à enfermagem, mas dentro dos vários resultados de investigação

destacamos, mais uma vez, o estudo de Backman e Hentinen (1999), citados por Sidani (2003) em que identificaram os seguintes factores como contributos para o desempenho do autocuidado em pessoas idosas que viviam em casa: “(a) factores externos, como condição de vida e suporte social; e (b) factores internos, incluindo o estado de saúde funcional, pensamentos individuais relativos à saúde e atitude para com a saúde e autocuidado” (p.70).

Sidani (2003) acrescenta ainda que os resultados desses estudos de investigação promoveram a evidência que apoia a influência de factores de antecedentes em autocuidado. Resumidamente, diz-nos que esses factores podem ser vistos como determinantes ou factores dos riscos do autocuidado e devem ser tomados em consideração ao avaliar o autocuidado, como um resultado da prática de enfermagem. Portanto, é recomendando para os profissionais de enfermagem (p.72):

- Avaliar esses factores aquando do planeamento de cuidados que visa reforçar o autocuidado em clientes observados na prática diária;
- Projectar o cuidado para ajustar as características demográficas, socioculturais, físicas, psicossociais e cognitivas de pacientes individuais (isto é, individualizar os cuidados);
- Abranger com esses factores aquando do acompanhamento dos clientes/pacientes, práticas de autocuidado e quando avaliar os resultados dos cuidados na prática;
- Examinar ou controlar a influência desses factores nos resultados de autocuidado esperados da prática de enfermagem/intervenções no domínio da investigação.

3.3.3 - Consequências do autocuidado

A realização do comportamento de autocuidado é considerada benéfica para paciente individual e ao sistema de serviço de saúde. O seguinte foi mencionado como as consequências favoráveis do comportamento de autocuidado (Sidani, 2003, p.72):

- “Realização de resultados desejados” (Badzek *et al.*, 1998).
- “Risco reduzido de complicações” (Badzek *et al.*, 1998; Hanucharunkul & Vinya-nguag, 1991; Kimberly, 1997; Nail *et al.*, 1991).
- “Razão reduzida de readmissão” (Dunbar, Jacobson & Deaton, 1998).
- “Satisfação de paciente aumentada” (Hanucharunkul & Vinya-nguag, 1991; Slusher, 1999).
- “Custos de serviço de saúde reduzidos” (Leveille *et al.*, 1998; Slusher, 1999).
- “Sentido de responsabilidade aumentado, controle, independência e autonomia” (Skoner, 1994; Slusher, 1999).
- “Melhoramento do *coping* ou ajustamento à doença” (Slusher, 1999) e “menor sobrecarga de doença crônica” (Leveille *et al.*, 1998).
- “Sentido melhorado de bem-estar, funcionamento e qualidade de vida” (Slusher, 1999).
- “Menor utilização de serviços de saúde” (Leveille *et al.*, 1998).
- “Melhora a recuperação de cirurgia ou doença” (Hanucharunkul & Vinyanguag, 1991).
- “Controle de sintomas” (Dodd *et al.*, 1991; Richardson, 1991).

Segundo Sidani (2003, p.73), nenhum estudo foi encontrado, relativamente à investigação dos efeitos do autocuidado e nas consequências propostas. No futuro, os pesquisadores têm de examinar a relação de capacidade para o autocuidado e

comportamento de autocuidado, com essas variáveis, com o objectivo de demonstrar o papel útil do autocuidado na realização de resultados desejados dos pacientes.

Em resumo, a promoção do autocuidado é considerado um resultado que é sensível aos cuidados de enfermagem. Como um resultado, o autocuidado refere-se à habilidade percebida dos clientes para ocuparem-se em comportamento de autocuidado, bem como a realização de acções ou comportamentos que visam a promoção e manutenção da saúde, prevenção de doença e gestão ou tratamento de doenças ou mudanças na função do corpo. Os clientes iniciam essas acções independentemente ou na colaboração com profissionais de saúde. As acções específicas nas quais os clientes se ocupam variam em circunstâncias diferentes. Vários factores foram identificados como potenciais influenciadores em autocuidado. Esses devem ser considerados aquando dos cuidados de enfermagem, assim como, devem ser avaliados os efeitos no autocuidado.

3.4 - A atitude

Os teóricos, não são convergentes na conceptualização do termo atitude. Por isso, pretendemos fazer uma análise do sentido que lhe é dado pelos vários autores, e na sua génese, basearmo-nos essencialmente nos seguintes autores: Sanmartí (1988), Neto (1998), Vala & Monteiro (1999), Bennett & Murphy (1999) e Leyens & Yzerbyt (2004).

A palavra atitude, tal como foi referido por Neto (1998) tem a sua origem no latim, no termo “aptitudo” que no seu entender, quer dizer, “disposição natural para realizar determinadas tarefas” (p. 333).

Ainda de acordo com este autor “a introdução do conceito de atitude na literatura sociológica é geralmente atribuída a Thomas & Znaniecki (1918)” e mais tarde por Thurstone (1928), para quem atitude é como “um sentimento em relação a um estímulo, mais do que uma orientação corporal”. Neto (1998) diz-nos ainda que “a maior parte dos psicólogos sociais adoptaram o construto de atitude em referência a acontecimentos mentais” (p. 340).

Um dos trabalhos notáveis sobre atitude pela excelente análise crítica da literatura, foi escrito por Eagly & Chaiken em 1993 citados por Vala & Monteiro (1999). Assim, de acordo com Eagly & Chaiken (1993), na sua publicação sobre o estudo das atitudes, atitude é uma “tendência ou estado interior da pessoa” e que esse estado interior orienta ou predispõe a pessoa a respostas “avaliativas”, de algum modo favoráveis ou desfavoráveis, respostas essas que podem ser de natureza cognitiva, afectiva ou comportamental (p.187). Em 1993, estes mesmos investigadores confirmaram uma componente avaliativa da atitude quando a definiram como: “tendência psicológica que se exprime pela avaliação de uma determinada entidade com algum grau de favor ou desfavor”. A entidade em questão, comumente conhecida como “objecto da atitude”, é qualquer pessoa, grupo ou coisa, discriminada pelo indivíduo.

Para Sanmartí (1988) “a atitude é uma predisposição mental adquirida e duradoura (...) tem uma estrutura determinada, a qual adquire-se de formas diferentes (informal e formalmente), e tem consequências determinadas sobre os comportamento” (p. 112).

Para o autor, Birou (1977) “a atitude é um dos conceitos fundamentais da psicologia social. Faz a junção entre a opinião (comportamento mental e verbal) e a conduta (comportamento activo) e indica o que interiormente estamos dispostos a fazer” (p.38). O autor acima referido citando Jean Meynard, menciona que atitude “É uma disposição ou ainda uma preparação para agir de uma maneira de preferência relativamente a outra. As atitudes de um sujeito dependem da experiência que tem da situação à qual deve fazer face.” Acrescenta ainda que, citando Gordon W. Allport, “Uma atitude é uma disposição mental e nervosa organizada pela experiência, e que exerce uma influência directriz ou dinâmica sobre as reacções do indivíduo para com todos os objectos e todas as situações que se relacionam com ele” (p.38).

De acordo com Bennett & Murphy (1999),

“as atitudes são gostos e aversões, frequentemente expressos e como declarações de opinião. Têm dois componentes: uma crença relativamente a um objecto, comportamento ou resultado comportamental e um componente de avaliação. Este último envolve uma apreciação da crença em termos do seu valor para o indivíduo. Um determinado indivíduo pode ter várias atitudes, talvez contraditórias, em relação ao mesmo comportamento ou questão, sendo a soma delas que forma a sua atitude global.”

Essa componente de avaliação pode ser de natureza afectiva, cognitiva ou comportamental e nem sempre é expressa pela pessoa, tal facto é bem esclarecedor da dificuldade de obter uma definição consensual da atitude.

Contudo, Olson & Zanna (1993), citados por Mesquita & Duarte (1996), ao interpretarem as opiniões dos diversos teóricos, concluem que eles concordam em vários aspectos: “a avaliação constitui o aspecto fulcral e predominante; as atitudes são representadas na memória; e podem distinguir-se, tanto os antecedentes, como as consequências de natureza afectiva, cognitiva ou comportamental” (p.120).

De acordo com Neto (1998)

“Recentes revisões da literatura estão de acordo em considerar que o grande interesse na investigação sobre atitudes continuará no futuro (Chaiken & Stangor, 1987; Tesser & Shafter, 1990; Olson & Zanna, 1993). Esta multiplicidade de investigações suscita uma grande diversidade de definições, sobretudo porque as atitudes não podem ser directamente observadas. Por isso a atitude é um construto hipotético que os investigadores tentam apreender por meio de definições conceptuais e de elaboradas técnicas de medida” (p. 334).

Eiser (1980), citado por Mesquita & Duarte (1996), reforça esta mesma ideia, referindo que “há poucas teorias nas quais o conceito de atitude não seja implícita ou explicitamente introduzido e poucas experiências em que as atitudes não sejam envolvidas nas variáveis dependentes ou independentes” (p. 117). No entanto, o carácter vago e ambíguo com que este conceito é usado faz com que seja “o mais indispensável conceito da psicologia social actual (Allport, 1935, p. 152).”

Esta concepção vai também de encontro à opinião de Sanmartí (1988) pois o processo de mudança de atitudes, segundo este mesmo autor, é a existência de diferentes significados para esta palavra, de acordo com cada autor, que se tornam num dos grandes inconvenientes para compreender o processo de mudança de atitudes. Mas, de acordo com este mesmo autor, considera-se atitude “uma predisposição mental adquirida e duradoura que incita a comportar-se de uma determinada forma frente a um determinado tema de saúde” (p. 112).

Para uma melhor, compreensão do assunto, abordaremos a estrutura e características da atitude, a formação e consequências da mesma, assim como, as suas modificações e ainda a relação entre a atitude e o comportamento.

3.4.1 - Estrutura e características da atitude

A maior parte das definições de atitude, assinalam o seu carácter organizado. Contudo Neto (1998) afirma que “por vezes, encontra-se uma confusão conceitual na literatura sobre as atitudes, referindo que em grande parte deve-se ao facto de que os autores não definem os termos utilizados do mesmo modo” (p.349).

Assim, destacamos a definição de atitude, segundo o autor Bardin (2008), “uma atitude é uma predisposição, relativamente estável e organizada, para reagir na forma de opiniões (nível verbal), ou de actos (nível comportamental) em presença de objectos (pessoas, ideias, acontecimentos, coisas, etc.) de maneira determinada” (p.201), e a de Sanmartí (1988), ao referir de forma esquemática, a estrutura e as dimensões da atitude, afirmando que “o conjunto das nossas reacções frente a um estímulo (objecto, pessoa ou situação) se resume em três componentes principais: **cognitivo** - *opinião*, **afectivo** - *sentimentos* e **conativa** – *intenção*” (p. 113).

O conjunto daquilo que conhecemos acerca do estímulo, a forma como o percebemos, os significados e características que lhe atribuímos, constitui a **componente cognitiva** (opinião) da atitude. Sendo opinião para Gauquelim (1978) a “expressão verbal de uma atitude”, que está baseada ao mesmo tempo na crença e no saber (p.361). Enquanto que para o autor Neto (1998), “opiniões seriam sobretudo cognitivas e não tanto imbuídas de emoção” (p.350).

Vala & Monteiro (1999, p. 190), relativamente à primeira componente, cognitiva, referem-se a pensamentos, ideias, opiniões, crenças que ligam o objecto da atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável. A componente cognitiva, também denominada de estrutura cognitiva, refere-se a todas estas cognições que não estão desordenadas e nem independentes, formando pelo contrário, um sistema estruturado e dotado de uma dinâmica própria.

O reconhecimento de que a atitude comporta uma componente cognitiva estruturada, tem profundas implicações em termos de persuasão. Pois, o conjunto das cognições adquiridas desde a nossa infância sobre a maioria dos temas, por exemplo tabaco, álcool etc., adquirem com o passar dos anos, uma complexidade e estabilidade, em que é muito difícil modificar.

Segundo Mesquita & Duarte (1996) outra postura, relativamente a esta perspectiva, parte de pressupostos motivacionais, segundo a corrente cognitivista, a qual, procura mostrar a forma como determinados princípios gerais se organizam na cognição, para se manifestarem em atitudes, estando estas, por vezes, ligados à formação de crenças.

Crenças, para os autores Pimenta & Cruz (2006), “são concepções muito antigas, culturalmente compartilhadas. São noções preexistentes sobre a percepção de nós mesmos, dos outros e do nosso ambiente”.

Neto (1998) por seu lado, considera as crenças como “julgamentos que indicam a probabilidade subjectiva de uma pessoa ou um objecto ter uma característica particular (...) as crenças são cognitivas (pensamentos e ideias)” (p.349).

A segunda componente da atitude, afectiva, considerando Sanmartí (1988), está relacionada com os nossos sentimentos ou reacções emocionais frente ao estímulo em questão. Tratando-se assim de uma **componente afectiva** (sentimento, estado afectivo que tem por antecedente imediato uma representação mental), variando em direcção (a favor ou contra) e em intensidade (pouco, muito, aproximadamente, parcialmente, nada). Esta componente expressa a nossa avaliação favorável ou não.

Para Neto (1998), os valores constituem uma variável intimamente associada às atitudes (p.351), sendo que para Feather (1994), citado por Neto (1998) os valores têm as seguintes propriedades “ (...) fornecem padrões para avaliar acções, justificar opiniões e comportamentos, planificar comportamentos, decidir entre diferentes alternativas e apresentar-se aos outros; estão organizados em hierarquias para uma determinada pessoa e a sua importância relativa pode variar ao longo da vida; os sistemas de valores variam segundo indivíduos, grupos e culturas” (p.353).

De acordo com Oliveira (2008a) “nem sempre se afigura tarefa fácil definir e distinguir vários conceitos, como motivação, emoção, afectividade, sentimento. Por outro lado, alguns construtos, tais como bem-estar psíquico (satisfação com vida, felicidade), optimismo, esperança, perdão, sabedoria, etc., podem ser denominados emoções mas também valores ou virtudes” (p.83). Refere-nos ainda que “outras emoções poderiam ser tratadas, quer positivas, quer negativas (ira, inveja, etc.), mas as pesquisas com idosos não afluem” (p. 83).

Oliveira (2008a) refere ainda que “as investigações quanto à afectividade e emoções do idoso são ainda limitadas e (...) em geral os autores defendem que as emoções dos idosos diminuem em intensidade, tornam-se mais rígidas do ponto de vista expressivo e mais distantes na comunicação social, significando um desinvestimento no contacto social” (p. 88). Porém, outros estudos contradizem estas conclusões ou pelo menos não as provam. Lawton *et al.* (1992), citados por Oliveira (2008a), defendem “uma melhor auto-regulação emocional à medida que se avança na idade e se vai construindo um estilo de vida mais pessoal; esta auto-regulação passa por um melhor controlo das emoções, uma maior estabilidade (do humor)” (p. 88).

Por outro lado, o psicólogo norte-americano Anderson (1981), citado por Mesquita & Duarte (1996), considera cinco características afectivas que integram o conceito de atitude: emoção, consistência, *objectivo*, *directão* e *intensidade*. No entanto considera que só as três últimas devem ser tidas em conta para distinguir atitude das outras emoções, uma vez que as duas primeiras não permitem tal distinção, caracterizando-as da seguinte forma:

Objectivo: o objectivo mais comum das atitudes é um objecto social incluindo os valores que são ideias ou abstracções, que podem dividir-se em económicos, políticos, religiosos, sociais e teóricos; das preferências, que são tendências para determinadas áreas, vocacionais e auto – estima, em que é a pessoa em si.

Directão: em relação às atitudes é favorável ou desfavorável; aos interesses, é interessado ou desinteressado; aos valores desejável, indesejável, importante, sem importância, aceitável ou inaceitável; em relação às preferências é para uma ou para outra tendência; em relação ao auto – estima é positiva ou negativa.

Intensidade: as atitudes podem-se distinguir das outras emoções por terem uma intensidade moderada.

Para os autores, Pimenta & Cruz (2006) “Atitudes são disposições afectivas, relativamente estáveis, que implicam na tendência a responder ao alvo ou objecto (símbolo, frase, pessoa, instituição, ideia, crença, ideal, qualquer coisa existente para o indivíduo) positiva ou negativamente, sendo culturalmente aprendidas e organizadas pela experiência. Envolvem orientação e intensidade em relação ao objecto alvo. Orientação significa a aproximação ou rejeição de algo, ser favorável ou desfavorável,

concordar ou discordar. Intensidade é a força com que se aprova ou desaprova o objecto. Pode-se aprovar ou desaprovar algo com intensidade diferentes, ou não se ter uma atitude frente a esse objecto.” Referem ainda, que as atitudes são disposições organizadas para a acção que se reflectem no comportamento dos indivíduos e grupos.

De acordo, com Vala & Monteiro (1999) “As atitudes expressam-se sempre através de um julgamento avaliativo. Por vezes, face a um mesmo estímulo poderá surgir atitudes favoráveis ou desfavoráveis. Esta diferença refere-se a uma das três características deste julgamento avaliativo: a sua direcção (favorável vs. desfavorável). Outra característica é a sua intensidade e opõe posições extremas a posições fracas. A última característica das atitudes é a sua acessibilidade, isto é, a probabilidade de ser activada automaticamente da memória quando o sujeito se encontra com o objecto de atitude. Esta dimensão das atitudes está associada à sua força, à forma como foi aprendida e à frequência com que é utilizada pelo sujeito” (p.187).

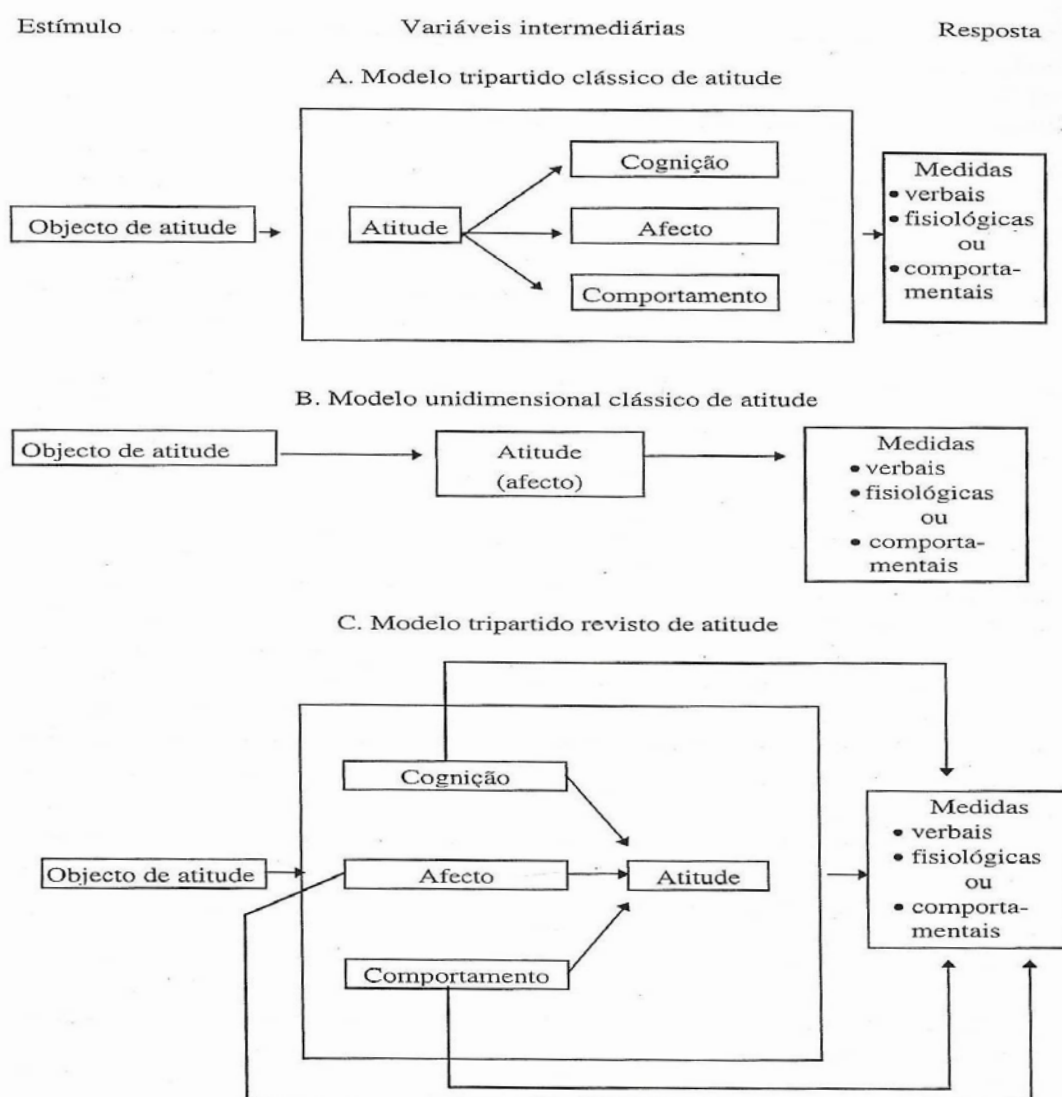
A terceira componente, segundo Sanmartí (1988) de uma atitude inclui todos os planos, decisões e intenções relativas às acções a empreender frente ao estímulo. Esta dimensão é conhecida normalmente como **componente conativa** – *intenção* - da atitude” (p.113). Sendo intenção, para Hilgard (1979, p. 632) “um objectivo que pode ser apresentado em palavras e para o qual se dirige a acção”.

Vala & Monteiro (1999, p.190) relativamente a esta componente, as respostas avaliativas comportamentais, reportam-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar.

Após a leitura atenta dos diversos autores, partilhamos com Sanmartí (1988), que as três componentes da atitude - **cognitiva, afectiva e conativa** - são o resultado das mesmas experiências, o que é normal que estejam estreitamente ligadas.

Em suma, e de acordo com Neto (1998), na Figura nº 1 estão representados três dos modelos que mais têm chamado a atenção dos investigadores.

Figura nº 1– Estrutura das atitudes segundo três dos modelos mais utilizados.



Fonte: Neto, F. (1998). Psicologia Social (vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.

Para o *modelo tripartido clássico*, proposto por Rosenberg e Hovland (1960), numa abordagem tradicional “a atitude é uma disposição que resulta da organização de três componentes: afectivo, cognitivo e comportamental, com a vantagem de distinguir de modo suficiente as três dimensões para se poderem operacionalizar” (p.338).

Contudo, a este mesmo modelo têm sido endereçadas um certo número de críticas. Pois, não é claro o modo como se interrelacionam cada um destes componentes (Bagozzi, 1978) e é necessário ter presente, que nem sempre as atitudes são expressas directamente em acções. Já numa perspectiva metodológica, Dawes & Smith (1985),

citados por Neto (1998, p.339) consideram que as correlações podem não ser suficientes para determinar a validade de construto do modelo.

Outros, segundo Neto (1998) consideram a atitude como sendo unidimensional, isto é, uma atitude representa a resposta avaliativa (afecto), favorável ou desfavorável, em relação ao objecto de atitude. A atitude constitui, pois, a resposta que situa o objecto numa posição do continuum de avaliação. Trata-se do *modelo unidimensional clássico*. (p.339).

Contudo, recentemente Zana e Rempel (1988), citados por Neto (1998), delinearam o *modelo tripartido revisto* (p.340) que integra todas as concepções das atitudes (Fig. 1). Começam por definir a atitude como uma categorização de um objecto-estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa (por exemplo: aborto – favorável ... desfavorável). Neste modelo a atitude é, por conseguinte, um julgamento (isto é, uma opinião) que exprime um grau de aversão ou de atracção num eixo bipolar. Pressupõem então que esta avaliação pode basear-se em três espécies de informação: informação cognitiva, informação afectiva ou informação baseada no comportamento passado. Por outras palavras, uma atitude pode, por exemplo, só derivar de cognições, ou de cognições e afecto, ou de cognições, de afecto e comportamento passado.

Trata-se pois de um modelo que apresenta uma síntese de modelos precedentes, perspectivando novos estímulos para a investigação.

Assim, e em concordância com Neto (1998), a definição de atitude como avaliação está-se a tornar cada vez mais usual em psicologia-social, se bem que ainda não seja universal. Está a substituir uma definição “tripartida” da atitude previamente muito difundida. O grau de discrepância entre medidas empíricas dos três presumidos componentes da mesma atitude tidos por uma pessoa em relação a um só objecto é geralmente tão grande que o modelo tripartido tem sido amplamente afastado (Eagly e Chaiken, 1993, citados por Neto, 1998, p.340). E, para além disso, Neto (1998) refere que “ao definir-se o comportamento como um componente de atitude, o problema de qualquer suposta relação entre atitude e comportamento é simplesmente afastado. No entanto, tal não ajuda a resolver um dos problemas principais da psicologia social, isto é, as atitudes predizem o comportamento?” (p.341).

Após a explanação do nosso conceito central, optámos por definir atitude operacionalmente no capítulo: Metodologia (categorização).

3.4.2 - Formação e consequências da atitude

Neste momento, e apesar do muito que tem sido escrito por alguns autores, como por exemplo Sanmartí (1988), parece ainda existir uma importante questão estrutural quanto ao significado resultante da estrutura do próprio conceito, não havendo uma definição universalmente aceite para a atitude.

Como tal, torna-se importante questionarmo-nos sobre quando e como se formam as atitudes, pois tal conhecimento é determinante para a modelação das próprias atitudes.

Para Vala & Monteiro (1999) “as nossas atitudes resultam das diversas experiências vitais. Como tal são influenciadas pelas pessoas significativas nas nossas vidas (pais, companheiros e grupos de referência) e pelos modos como processamos a informação acerca do mundo (assim como os meios de comunicação, afectam a formação de atitudes)” (p.357).

Estes mesmos autores (1999) reforçam esta ideia, referindo que “as atitudes não nascem connosco, são adquiridas no processo de integração do indivíduo na sociedade, isto é, são aprendidas no meio social, fazendo parte de uma cultura. As atitudes são moldadas, fundamentalmente pelos pais, pois estes são a primeira fonte das crenças. Mas à medida em que a criança cresce esta influência diminui” (p.357).

Na formação das atitudes, é sobretudo a partir da adolescência que os pares, isto é, as pessoas de idade aproximada com as quais os jovens convivem, assumem grande importância.

Outra fonte importante no desenvolvimento das atitudes, é a educação formal que decorre na instituição escolar.

Os meios de comunicação social, ainda segundo os mesmos autores, contribuem também para a formação das atitudes. Contudo, muitos autores consideram, que por si

só, os “mass média” não criam atitudes, antes, apoiam e reforçam atitudes já formadas pelos outros meios de influência (pais, grupos, educação formal, etc.).

Será entre o fim da adolescência e os 30 anos que as atitudes tomam a sua forma “final”, sendo menor a probabilidade de mudança.

Reforçando o que foi descrito, Sanmartí (1988) salienta que as atitudes são determinadas, principalmente, por o vivido do indivíduo e, podem-se considerar como resultado daquilo que o indivíduo tem aprendido sobre os mais diversos aspectos da vida e da sociedade através das diferentes experiências sofridas desde o seu nascimento.

Na sociedade, segundo Sanmartí (1988), as atitudes adquirem-se de três formas principais:

- Através da experiência directa com um objecto, pessoa ou situação;
- Mediante a observação dos efeitos de um estímulo sobre uma terceira pessoa, que se tem como referência e digna de imitação, sobretudo se é do próprio grupo;
- Como consequência das comunicações que constantemente estão descrevendo as características, atributos, qualidades e defeitos dos diferentes estímulos (pessoas, objectos ou situações), o que permite aos indivíduos formar as suas atitudes frente a estes estímulos.

Acrescentamos ainda, face ao resultado da nossa pesquisa bibliográfica, a hereditariedade, segundo Mesquita & Duarte (1999) “como factor influente na formação das atitudes, sendo uma questão interessante, mas controversa, pois à primeira vista não é imaginável esta ligação” (p.121). Mas, Olsbon & Zanna (1993) citados por Mesquita & Duarte (1999), referem numerosos autores que se debruçaram sobre este assunto, referindo que “não se trata da influência directa dos genes nos comportamentos sociais complexos”. As conclusões a que chegaram estes autores são que “(...) as atitudes com grande influência hereditária são fortes (mais acessíveis e mais resistentes) à mudança, talvez porque têm uma componente biológica que torna o processo de mudança um tanto desconfortável” (p. 121).

Os autores atrás citados, referem ainda que “estas crenças ou atitudes vão-se formando ao longo do desenvolvimento e estão na base de “suposições” que

acompanham o indivíduo durante toda a vida, determinando as suas cognições e o significado pessoal das experiências de dia a dia” (p. 122).

Então torna-se importante abordar este aspecto, pois as atitudes mais fortes são mais difíceis de mudar. Verificando-se tal facto, com as quatro características das atitudes fortes, atribuídas por Krosnick & Petty (1994) citados por Mesquita & Duarte (1999) “persistência no tempo; resistência à mudança, forte impacto no processamento da informação e no comportamento” (p.124).

Para Vala & Monteiro (1999), as funções das atitudes têm sido “encontradas por quatro vias: as teorias que salientam as funções motivacionais das atitudes; as teorias que salientam as funções cognitivas das atitudes; as teorias que salientam o papel de orientação para a acção e as teorias que salientam as funções sociais das atitudes” (p.203).

No primeiro tipo de abordagem (teorias que salientam as funções motivacionais das atitudes), Vala & Monteiro (1999) citando a perspectiva de Katz (1960), designa como funcionalista que “representa a tentativa de compreender as razões que levam as pessoas a manter as suas atitudes. As razões, no entanto, estão ao nível das motivações psicológicas e não ao nível do acaso de acontecimentos e circunstâncias exteriores” (p.203). Ainda este mesmo autor e outros sistematizaram as funções das atitudes em duas grandes categorias: funções instrumentais ou avaliativas e funções simbólicas ou expressivas. As primeiras prendem-se com uma avaliação de custos e benefícios da atitude, optando o indivíduo pela atitude que lhe permita obter o melhor ajustamento social, maximizando as recompensas sociais e minimizando as punições. As funções expressivas têm que ver com a utilização das atitudes enquanto forma de transmitir os valores ou a identidade do sujeito, permitindo-lhe proteger-se contra conflitos internos ou externos e preservar a sua imagem.

Relativamente às funções cognitivas das atitudes, várias perspectivas mais recentes debruçam-se sob dois princípios: o princípio do equilíbrio e o princípio da redução da dissonância. O primeiro princípio, princípio do equilíbrio, foi formulado por Heider (1958-1970), citado por Vala & Monteiro (1999) para definir

«o princípio organizador do “ambiente subjectivo” do indivíduo, isto é, a forma como ele percepção o meio em que vive. Podemos hoje considerar que a teoria do equilíbrio se refere à forma como os indivíduos articulam diferentes

atitudes. O princípio da redução da dissonância cognitiva foi definido por Festinger (1957) para explicar a necessidade que existe em todos os indivíduos encontrarem consonância entre as diversas cognições que têm a respeito de um mesmo objecto. Assim, diz-nos ainda que os indivíduos com maior auto-estima e os indivíduos com um locus de controlo interno são aqueles que manifestam mais facilidade na memorização de frases correspondentes à sua atitude.» (p.204).

Para as teorias que salientam o papel de orientação para a acção e na tentativa de explicar a discrepância entre atitudes e comportamentos, procurando daí colher ensinamentos que permitissem aumentar a correlação entre estas duas variáveis, surge a teoria da acção reflectida de Fishbein e Ajzen (1975), citado por Vala & Monteiro (1999). Estes autores consideram que “todo o comportamento é uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, pelo que o melhor preditor do comportamento será a intenção comportamental, sendo a atitude específica apenas um dos dois factores importantes na decisão” (p.209). Numa tentativa de alargar a teoria

“a comportamentos que estavam fora do controlo volitivo dos sujeitos, Ajzen (1988) reformulou o modelo. Mantendo a sua estrutura básica, acrescentou como determinante da intenção comportamental uma nova variável – o controlo percebido sobre o comportamento. Esta variável, que corresponde à dificuldade percebida na realização do comportamento, corresponde em grande parte, ao conceito de auto-eficácia (Bandura, 1977; 1982), e permite incluir, indirectamente, a experiência anterior com o comportamento” (p.211).

Segundo Sanmartí (1988) “todos os psicólogos estão de acordo que as atitudes têm consequências sobre o comportamento. O que não estão de acordo é no tipo de influências, já que segundo uns, a atitude exerce um efeito causal, enquanto que outros, só exercem um efeito directivo” (p.115).

Os que sustentam o *efeito causal*, consideram que a atitude determina o comportamento. A atitude motiva o indivíduo a comportar-se da maneira que precisa. Esta concepção tem duas vertentes. Por um lado, sendo a atitude uma predisposição estável, o comportamento também o seria, não variando segundo as situações. Por outro lado, seria equivalente utilizar a atitude ou o comportamento como medida de persuasão.

Os que sustentam o *efeito directivo*, assinam um papel mais modesto nesta variável intra-individual. A predição do comportamento conhecendo apenas a atitude, será

impossível. É preciso ter em conta as contingências situacionais. Será a interacção da atitude e estas contingências que determinarão o comportamento.

Se bem que a primeira concepção tenha desfrutado de um lugar digno entre os psicólogos durante muitos anos, a experiência e a investigação demonstraram que é falsa. “O papel das atitudes tem sido subestimado, e a atitude prediz mal o comportamento”, como assinala Kapferer citado por Sanmartí (1988, p. 115). Pelo contrário, são muito importantes os efeitos ambientais sobre o comportamento humano.

A atitude deixa assim aberto o caminho da acção, mas se o indivíduo não recebeu informações precisas sobre como fazê-lo, o meio ambiente não é favorável, não se adaptará ao comportamento proposto a atingir. A atitude sozinha não condiciona o comportamento, o que se demonstra pela grande quantidade de situações em que uma pessoa pode ter uma atitude não conforme com o seu comportamento (por exemplo existem muitos fumadores que continuam fumando apesar de terem uma atitude negativa sobre o hábito de fumar).

3.4.3 - Modificação da atitude

Como acabamos de verificar, citando Vala & Monteiro (1999), que referencia Eagly & Chaiken (1993) “as atitudes são uma tendência psicológica, o que nos permite distinguir as atitudes de outros constructos hipotéticos. Por tendência psicológica entende-se um estado interior, com alguma estabilidade temporal (e daí a sua diferença relativamente aos traços de personalidade que seriam mais estáveis e aos estados emocionais que seriam mais passageiros). A grande maioria dos autores considera as atitudes como aprendidas e portanto alteráveis” (p.187).

A mesma ideia é partilhada por Sanmartí (1998) “as atitudes não são estáveis durante toda a vida do indivíduo, mas são modificáveis pela aprendizagem. Dado que se modificam com o contacto directo, com o estímulo social, os comportamentos forçados (compulsão), as pressões do grupo e as comunicações persuasivas dos indivíduos sobre os diferentes objectos, pessoas ou situações” (p. 115).

Ao longo da vida do indivíduo, o contacto directo com o estímulo social, os comportamentos forçados (compulsão), as pressões do grupo e as comunicações persuasivas, modificam constantemente as atitudes dos indivíduos sobre os diferentes objectos, pessoas ou situações. Diz-nos ainda, Sanmartí (1998) que “as atitudes em relação à saúde, mudam com frequência, como consequência de experiências de doença próprias ou externas, comportamentos forçados, pressões de grupo ou dos seus líderes e comunicações persuasivas. Como consequências destas mudanças de atitude, deixa em aberto o caminho para a mudança de comportamento, se o indivíduo está e se sente capaz para isso e o meio ambiente é favorável” (p.115).

Assim sendo, abordamos de seguida, de acordo com Sanmartí (1998, p.115), alguns itens que podem modificar a atitude de uma pessoa, nomeadamente o contacto directo com o estímulo social, as pressões do grupo e seus líderes e a comunicação persuasiva.

- Contacto directo com o estímulo social

O contacto directo com o estímulo social é determinante para a modificação das atitudes.

Este contacto pode ser acidental ou não, repetido ou não, traumatizante ou não. Os contactos directos com o estímulo social ou experiências, tem muita importância na aquisição de atitudes, mas também na mudança das mesmas.

- Pressões do grupo e seus líderes

O grupo influencia de forma importante as atitudes e condutas das suas componentes. Assim, por exemplo, a decisão em grupo modifica mais profundamente as atitudes e o comportamento dos seus membros, que uma acção exercida individualmente sobre cada uma das pessoas que compõem o grupo.

O grupo de que uma pessoa faz parte serve como amostra de referência, de tal forma que o indivíduo tende a moldar suas atitudes e comportamentos de acordo com o grupo a que pertence (função normativa do grupo).

- Comunicação persuasiva

A comunicação persuasiva é o instrumento mais utilizado para modificar as atitudes, embora também se utilize a pressão de grupo e dos comportamentos forçados.

Para Vala & Monteiro (2006) “A pesquisa sistemática sobre as formas através das quais as atitudes podem mudar, surgiu como resultado de um processo de comunicação persuasiva. Estudos mostraram que os meios de comunicação social tinham efeitos limitados mas não universais na formação e mudança de atitudes. Citando, Festinger (1995) defende que a mudança de atitudes não se verifica pelo efeito persuasivo dos argumentos, mas pela necessidade básica de consonância cognitiva” (p.217).

Em síntese, referindo Neto (1998), “as atitudes podem-se formar de diversos modos. Algumas atitudes podem desenvolver-se através dos princípios básicos da aprendizagem e reforço. Outras podem-se formar quando uma pessoa obtém informação sobre novos assuntos. (...) enfim, que as atitudes também podem ser formadas para servir necessidades da nossa personalidade” (p.365).

Finalizando, para Vala e Monteiro (1996) “a modificação das atitudes depende basicamente de novas informações relativas ao objecto” (p.218), mas a forma como o indivíduo reage a essas informações varia em função das atitudes em causa: é mais fácil mudar-se a atitude relativamente a um objecto sobre o qual há um sentimento fraco ou sobre o qual há pouca informação. Por outro lado, é também mais fácil modificar-se uma atitude relativa a pessoas, situações, objectos que não fazem parte da experiência próxima e imediata do sujeito.

3.4.4 - Atitude e comportamento

Para Leyens & Yzerbyt (2004) “Muitos resultados decepcionantes sobre a relação entre a atitude e o comportamento são devido a problemas metodológicos” (p. 94). Fishbein & Ajzen (1974), citados por Leyens & Yzerbyt (2004) sustentaram que “apesar da particular atenção que davam à redacção dos questionários atitudinais, eles eram, pelo contrário, muito negligentes quando se trata de medir o comportamento. A definição da atitude refere-se a uma tendência global para a orientação da acção num sentido positivo ou negativo face ao objecto. Para conseguir fazer uma boa predição é necessário, segundo Fishbein & Ajzen, analisar uma gama extensa de comportamentos.

Para além destes aspectos teóricos e metodológicos, há outros factores que definem a importância da relação entre atitude e comportamento” (p. 95).

Assim, para Neto (1998) “um factor que contribui para aumentar a consistência atitude-comportamento é a experiência directa da pessoa com o objecto da atitude. Tem sido sugerido que a ligação entre comportamentos e atitudes formada mediante experiência directa é mais forte porque tais atitudes são mantidas com mais clareza, confiança e certeza (Fazio & Zanna, 1978), porque tais atitudes são mais acessíveis e mais fortes (Fazio, 1989) e porque são automaticamente activadas com a apresentação do objecto de atitude (Fazio, Sanbonmatsu, Powell & Kardec, 1986)” (p.395).

Ainda para Neto (1998), “Um segundo factor que afecta a consistência atitude-comportamento é a pertinência pessoal. Se uma pessoa tem um direito adquirido numa questão aumenta a relação entre atitude e comportamento. Um direito adquirido significa que os acontecimentos em questão terão um forte efeito na própria vida da pessoa” (p.396).

A relação entre atitudes e comportamento também depende do modo como se espera que nos comportemos em determinadas situações. Por exemplo, Kiesler (1971), citado por Neto (1998) “assinala que se espera que uma pessoa não expresse sentimentos negativos acerca das outras directamente, é difícil que os sujeitos admitam que têm atitudes negativas em relação a outros sujeitos nas experiências” (p.396).

Diferenças individuais também podem ser importantes. Algumas pessoas estão naturalmente mais dispostas que outras a expressar consistência entre as suas atitudes e

comportamentos. Norman (1975), citado por Neto (1998) «verificou que os sujeitos com alta “consistência afectivo-cognitiva”, isto é, o acordo entre os seus sentimentos e as suas atitudes expressas, eram mais susceptíveis de agir de acordo com as suas atitudes que os sujeitos cujos sentimentos e crenças estavam em conflito» (p.397).

Uma outra variável que tem sido muito estudada é o locus de controlo, afirmam os autores Barros, Barros & Neto, (1993), citados por Neto (1998). No campo da relação atitude-comportamento, Saltzer (1981), também citado por Neto (1998),

“mostrou claramente a importância desta variável para obter boas predições. Encontrou que os sujeitos com um locus de controlo interno, a respeito da perda de peso, tinham correlações significativas e importantes com essa conduta, o que não acontecia com os sujeitos com um locus de controlo externo donde não apareceram correlações significativas, o que impedia de obter correlações significativas intenção comportamental-comportamento” (p.397).

Outro factor de personalidade que pode afectar a consistência atitude-comportamento é a autovigilância que consiste numa capacidade de auto-observação e de autocontrolo dos comportamentos verbais e não verbais em função de índices situacionais (Snyder, 1979, citado por Neto, 1998, p.397). Dado que os sujeitos com auto-vigilância elevada são pragmáticos, indo de uma situação para outra como um camaleão, e que os sujeitos com auto-vigilância baixa guiam o seu comportamento a partir dos seus valores, atitudes e convicções pessoais, resulta que a consistência atitude-comportamento é maior nos sujeitos com auto-vigilância baixa.

A autoconsciência é uma característica disposicional para prestar atenção a si próprio em diversas situações (Buss, 1980; Neto, 1989), onde “a existência de variações crónicas das pessoas nos seus estilos de atenção em relação a si próprias. Contribui para o processo de regulação do comportamento na medida em que a pessoa centra a sua atenção em certos aspectos salientes de si própria” (p.397).

Em suma, para Neto (1998) “Prever o comportamento a partir das atitudes não é assim tão simples como poderia parecer à primeira vista. Os psicólogos sociais têm examinado o problema da experiência directa, de factores pessoais, de normas sociais e de diferenças de personalidade. Tomando em consideração tais factores pode-se prever o comportamento de modo mais preciso, mas não tão precisamente quanto seria desejável” (p. 398).

Assim surgem teorias e modelos na perspectiva de relacionarem estes dois conceitos atitudes e comportamentos.

Fishbein & Ajzen (1975), citados por Neto (1998, p.398), desenvolveram uma teoria da acção reflectida que mais tarde foi denominada de teoria do comportamento planificado por Ajzen (1985).

Diversos estudos têm vindo em apoio da teoria da acção reflectida em que a intenção comportamental era determinada só pela atitude e pela norma subjectiva.

Para Leyens & Yzerbyt (2004) “Um princípio da teoria da acção ponderada é a noção de que o indivíduo possui os recursos, aptidões ou oportunidades necessários à prática da acção desejada” (p.95). Este não é no entanto muitas vezes o caso e, para colmatar esta fraqueza da teoria, Ajzen (1995) acrescentou-lhe uma dimensão suplementar: a do controlo sobre o comportamento pretendido. Esta dimensão reflecte a capacidade percebida do indivíduo para praticar o comportamento desejado. “Os factores facilitadores ou inibidores tanto podem ser factores de controlo internos (aptidões, informação, etc.) como externos (incluindo as oportunidades e a dependência em relação aos outros). O controlo percebido combina-se com as atitudes e as normas percebidas, para formar a intenção de desenvolver um comportamento particular. Este modelo mais alargado é chamado teoria do comportamento planificado (Ajzen, 1985)” (p. 50).

Ajzen (1985), citado por Leyens & Yzerbyt (2004), propôs a teoria do comportamento planificado que acrescenta uma variável preditora ao modelo da acção reflectida. Este factor denominado de controlo comportamental percebido é determinado pelas experiências passadas de uma pessoa e pelas crenças sobre como é susceptível de ser fácil ou difícil a realização do comportamento. Por conseguinte, quanto mais a atitude e a norma subjectiva sejam favoráveis a um comportamento, mais a intenção comportamental será forte.

Mesmo que os modelos se revistam de simplicidade e de elegância, para Neto (1998, p.402) têm suscitado muita investigação, não dando totalmente conta das complexidades das relações entre atitude e comportamento. Sendo óbvio que a investigação continuará e emergirá novas abordagens que contribuirão para uma melhor compreensão deste problema simultaneamente importante e fascinante.

Sucintamente, neste capítulo, quadro de referência, exploramos os conceitos inerentes ao nosso problema de investigação. Assim, fizemos alusão para a pessoa idosa e o seu processo de envelhecimento, salientando os resultados de investigação, sobre o autocuidado e as fracturas da anca no idoso, como transição de vida.

Como conceito central, procuramos abordar a estrutura e as características da atitude, em que aludimos, de acordo com Neto (1998), o *modelo tripartido revisto*, uma vez que expõe uma sinopse de modelos precedentes e define atitude como uma avaliação que pode basear-se em três espécies de informação: informação cognitiva, informação afectiva ou informação baseada no comportamento passado, substituindo a definição “tripartida”, habitualmente referenciada na literatura. Assim como, destacamos, também neste capítulo, a formação e modificação das atitudes. Onde, não há margens de dúvidas de que as atitudes não são estáveis e formam-se com base em experiências pessoais anteriores e sob a influência da sociedade em geral.

Procuramos ainda, enunciar diferentes perspectivas sobre a relação entre os conceitos atitude e comportamento. Salientamos que não há um consenso universal aceite, quer para a relação destes conceitos, quer para a própria definição de atitude, suscitando a orientação para a realização de mais investigação.

Desta forma, no próximo capítulo pretendemos demonstrar a metodologia escolhida para a concretização deste estudo. E, através dela, descrever a “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur” (correspondente ao nosso problema de investigação).

4 - METODOLOGIA

A fase metodológica, para Fortin (2003) “é caracterizada essencialmente pelo conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação” (p.372). Fortin (2003) diz-nos que “é o plano lógico criado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação colocadas” (p.132).

Corresponde o atrás descrito, ao desenho de investigação, sendo também caracterizado por Fortin (2003) como “um conjunto de directivas associadas ao tipo de estudo escolhido. O investigador determina assim, a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Permite ainda, isolar as variáveis importantes das outras variáveis e medi-las com precisão a fim de assegurar a credibilidade dos dados” (p.132).

É no decurso desta fase, que segundo (Fortin, 2003), “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas” (p.40).

No desenvolvimento desta etapa, contínua e dinâmica, tivemos como principal referência teórica Fortin (2003), que nos diz que “Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados” (p.40). Todavia tivemos também em consideração os pressupostos de Polit & Hungler (1995), Strubert & Carpenter (1999), Amado (2000), Burns & Grove (2001), Bardin (2008), Vala (2009).

Fortin (2003) refere que a metodologia corresponde “(...) à secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação” (p.40).

Assim, nas secções seguintes e, tendo como objectivo, de acordo com Fortin (2003) “precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à investigação” (p.131), descrevemos a abordagem metodológica: tipo de estudo, população e amostra, as condições do meio e os métodos em que os dados foram colhidos (a variável que identificamos, o instrumento de colheita de dados, sua validação e o pré-teste), assim como, a escolha da técnica de análise dos dados e as considerações pelos aspectos éticos.

Perante a questão de investigação: “Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar?”, o método seleccionado foi o exploratório – descritivo, de nível I. Utilizamos a entrevista semi-estruturada, constituída por questões fechadas, no sentido de caracterizar a amostra em estudo e questões abertas, para obter os dados relativamente à variável em estudo.

Para a análise de dados, quer dos dados de caracterização da amostra, quer os dados da variável em estudo, usamos o programa NVIVO7®, com diferentes abordagens. Para a caracterização da amostra usamos a análise quantitativa, para a análise dos dados da variável em estudo, colhidos através da entrevista, recorreremos à técnica de análise de conteúdo. Para esta última, seguimos essencialmente as orientações de Vala (2009), onde procuramos de forma equilibrada visar uma análise qualitativa e quantitativa do conteúdo.

4.1 - Tipo de estudo

Na perspectiva de Fortin (2003), “o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade” (p. 133).

Assim, para Fortin (2003) “as investigações inserem-se em duas grandes categorias: exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas, passando por uma gama variada de tipos de estudo em cada uma das categorias” (p.135). A autora, refere-nos

ainda que “o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação. Se existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre um fenómeno, o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factor, mais do que para o estudo de relações entre factores” (p.135).

Como já mencionamos na revisão de literatura, deste estudo, o fenómeno atitude é bastante analisado na literatura científica, contudo encontra-se pouco explorado na perspectiva do idoso. Assim como, os estudos que investigam a temática, autocuidado para andar são escassos e ainda mais sob o ponto de vista do utente.

Na selecção do tipo de estudo, foram tidos em consideração estes dois aspectos chave: o nível de conhecimentos no domínio em estudo e a questão da investigação, tornada definitiva após a etapa de formulação do problema (“Qual a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar?”).

Assim, por existirem poucos estudos de investigação na área específica em análise e pretendermos tornar este fenómeno mais conhecido através do testemunho das pessoas que o vivenciaram optamos por desenvolver um estudo exploratório – descritivo.

Para Fortin (2003) um estudo exploratório – descritivo, consiste em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de amostra desta” (p. 163). Refere ainda que “os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (p.161).

Por outro lado, analisando a questão de investigação apresentada, segundo a classificação das investigações e níveis de conhecimentos apresentados por Fortin, este estudo enquadra-se no nível I. Assim, o tipo de estudo usado nesta investigação é o exploratório – descritivo, de nível I.

4.2 - Procedimentos utilizados na recolha de dados

Para Oliveira (2008a), “os estudos são muito diversificados e ainda insuficientes para responder a todas as questões e com resultados nem sempre convergentes. Isso deve-se a amostras muito diversificadas, a métodos diversos (transversais, longitudinais, transverso-sequenciais), a quadros teóricos e objectivos também diferentes” (p. 71).

Atendendo a esta situação, nesta secção descrevemos essencialmente o desenho de investigação. Após a questão de investigação formalizada, documentada por uma revisão de literatura e um quadro de referências e inserida num desenho de investigação apropriado, Fortin (2003) diz-nos que “o investigador caracteriza a população estabelecendo critérios de selecção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho” (p.41).

Assim, neste item abordamos quais são os participantes do estudo, a amostra e a determinação do meio, assim como, as técnicas utilizadas para a colheita de dados, nomeadamente a construção do instrumento de colheita de dados, a sua validação e o pré-teste.

4.2.1 - População, participantes no estudo e determinação do meio

Para Fortin (2003) “nos estudos descritivos pode trabalhar-se com a população total ou com uma amostra tirada da população com a ajuda de técnicas de amostragem” (p.162).

População, segundo Fortin (2003), “compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. Acrescenta ainda que “a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador” (p.41).

Jacelon (2007), no seu artigo sobre a participação de idosos em estudos de investigação, refere que “usualmente os idosos são excluídos injustificadamente dos estudos de investigação. Entre as principais razões encontram-se os estereótipos

negativos, assumpção de falta de competência, complicações na obtenção de consensos e o tempo adicional necessário caso estes sejam incluídos como participantes” (p.64).

Assim, a investigação envolvendo adultos idosos, pelas suas características próprias (população potencialmente vulnerável), constitui um desafio e todo o desenho de investigação deve ser adequadamente preparado. Para Jacelon (2007) “os idosos são considerados, um grupo heterogéneo, tendo uma das coisas em comum, é que todos já viveram muito tempo” (p.65). Assim, por exemplo uma das formas de diminuir, as diferenças entre os sujeitos alvo da análise, segundo Gueldner & Hanner (1989), citados por Jacelon (2007), poderá ser “a restrição por limite de idade máxima e mínimo, ou grupos com semelhanças sociais” (p.66).

A população alvo deste estudo foi constituída, segundo os seguintes critérios de inclusão (ver Quadro nº 1): utentes idosos, situados na faixa etária acima de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente (capacidade de responder a perguntas como o seu nome, data de nascimento, idade, espaço onde se encontra, bem como a sua morada e o mês); com fractura da extremidade proximal do fémur (transição de vida aguda, de situação autónoma, independente para dependente; acontecimento pela primeira vez), submetidos a uma intervenção cirúrgica sem complicações no pós-operatório; no 3º ao 5º dia de internamento após data da cirurgia, após transferir-se e treinar o andar; apresentando dependência (total, grave, moderada ou ligeira, de acordo com a pontuação do Índice de Barthel) no autocuidado para andar e que aceitaram participar livremente no estudo. Foi também preocupação inicial, atender ao tempo médio de internamento, de uma semana nas unidades de serviço de ortopedia (desde a data de admissão à data do primeiro contacto entre o investigador e o potencial participante), pois segundo Cabete (2005) “a duração do internamento influencia o impacto funcional e psicológico no sentido do agravamento, quando o internamento se prolonga por mais do uma semana (p.111)”.

Relativamente à determinação do local de estudo foi, como já o referimos, nas três unidades de serviço de ortopedia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), correspondendo a um meio natural, pois segundo Fortin (2003) “os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meios naturais, sendo necessário assegurarmo-nos que o

meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética” (p.132).

Quadro nº 1 - População alvo: Critérios de inclusão

Critérios de Inclusão	
Idade	Mais de 65 anos
Nível de Consciência e Capacidade Cognitiva	Conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente (capacidade de responder a perguntas como o seu nome, data de nascimento, idade, espaço onde se encontra, bem como a sua morada e o mês)
Critérios	Com fractura da extremidade proximal do fémur (transição de vida aguda, de situação autónoma, independente para dependente; acontecimento pela primeira vez), submetidos a uma intervenção cirúrgica sem complicações no pós-operatório; no 3º ao 5º dia de internamento após data da cirurgia, após transferir-se e treinar o andar; apresentando dependência (total, grave, moderada ou ligeira, de acordo com a pontuação do Índice de Barthel) no autocuidado para andar e que aceitaram participar livremente no estudo
Tempo médio de internamento	Uma semana
Local	Unidades de Serviço de ortopedia do Hospital Dr. Nélio Mendonça do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM; EPE)

4.2.1.1 - Amostra

Atendendo que o objectivo deste estudo é a descrição da atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidades proximal do fémur, a amostra foi constituída de acordo com a população alvo e os critérios de inclusão.

Na perspectiva de Fortin (2003) uma amostra é “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo” (p. 41).

A amostra foi seleccionada pelo método de amostragem não probabilística acidental. Para Fortin (2003), no “método de amostragem acidental os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso”. A autora acrescenta que a amostra acidental tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa, mas que “esta técnica limita a generalização dos resultados” (p.208).

A amostra foi constituída por todos os sujeitos internados, segundo os critérios de inclusão, que estavam acessíveis nas unidades de serviço de ortopedia, entre Abril e Setembro de 2009 (correspondente ao período da colheita de dados).

Ao longo do tempo, realizamos um total de vinte e quatro entrevistas, das quais três corresponderam ao pré-teste (que não incluímos na amostra) e onze que também não foram incluídas porque os utentes não apresentavam alguns dos critérios de inclusão (por exemplo tinham: idade inferior a 65 anos; limitação física, dependência anterior a esta nova situação). Estas entrevistas (onze) aconteceram aquando da deslocação do investigador ao Hospital em que não encontrava os utentes com os critérios pretendidos. Assim, respeitando todos os aspectos éticos, efectuou-se entrevistas que nos permitiram aumentar a nossa experiência na realização das mesmas, assim como, nos íamos familiarizando com o fenómeno em estudo.

Assim, a amostra deste estudo foi constituída por dez participantes, de acordo com os critérios de inclusão. Fortin (2003), citando Morse (1991), refere que “nos estudos exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado” (p.211). Relativamente

ao alcance da saturação dos dados os autores Strubert & Carpenter (2002), referem que “o máximo que um investigador qualitativo pode esperar em termos de saturação, é obter o efeito numa cultura específica ou num fenómeno, em determinado momento” (p.26). Pois, Streubert & Carpenter (2002), citando Morse (1989) “alertou que a saturação pode ser um mito. Ela acredita que se um novo grupo de indivíduos for observado ou entrevistado noutra momento, podem ser revelados novos dados” (p.26).

4.2.2 - Técnicas de colheita de dados

Relativamente às técnicas de colheita de dados, mais adequadas, tendo em conta o tipo de estudo e grupo etário, são várias as referências e opiniões. Pois, para Fortin (2003), “os métodos de colheita são variados: a observação, a entrevista, o questionário, a escala de medida, a avaliação física e psicológica, etc.” (p.162).

Os instrumentos de recolha de dados segundo Bowsheer *et al.* (1992), citado por Jacelon (2007) deverão ser desenvolvidos e testados na população alvo, os idosos. “Os instrumentos definidos para uma população mais jovem não são adequados, pelos mais diversos motivos, tais como, tamanho da letra, formatos de resposta, nível de leitura necessária, entre outros” (p.68). Também, as alterações de função, visão e audição, usualmente relacionadas com a idade, alteram as capacidades dos idosos na participação na investigação (Handcock *et al.* 2003, citado por Jacelon, 2007, p.68).

Jacelon (2007), cita Phillips (1992), para referir que “os adultos idosos têm usualmente dificuldade em responder a perguntas fechadas e fazerem avaliações comparativas, pois a idade adiciona complexidade. Nessa medida, os instrumentos deverão ser os mais simplistas possíveis para capturar a complexidade do ponto de vista das pessoas, sobre o assunto em investigação” (p.69).

Tendo em conta o objectivo do estudo e a variável em estudo, foi considerado como referência, a estrutura da atitude, versada por Neto (1998). Este autor defende que o instrumento de colheita de dados pode ser o questionário, avaliado através das escalas

de Lickert ou de Thurstone. No entanto, tendo em conta as características específicas da população, optamos pela entrevista semi-estruturada.

Paúl & Fonseca (2005), que por sua vez se baseiam em vários autores como Katz (1983); Katz & Stroud (1989); Kempen *et al.* (1996), consideram que a entrevista é a metodologia mais aconselhada na população de idosos “mediante um inquérito com perguntas estruturadas e aplicadas por pessoas treinadas” (p.113).

Fortin (2003), citando Fawcett & Dows (1992), refere-nos que “os estudos de nível I, no decurso dos quais são utilizados métodos de entrevista, tomam geralmente o nome de estudos exploratórios-descritivos ou descritivos” (p.138). Esta constatação reforça a adopção deste tipo de estudo, tal como identificado anteriormente.

Para Fortin (2003) “A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (p. 245). Acrescenta que “na entrevista semi-estruturada o investigador apresenta uma lista de temas, formula questões a partir desses temas e apresenta-os ao participante, segundo uma ordem que lhe convém” (p.247).

Esta autora refere ainda que a entrevista preenche geralmente três funções, que são: “servir de método exploratório para examinar conceitos (...); servir de principal instrumento de medida de uma investigação e servir de complemento a outros métodos (...)” (245).

Ainda a supracitada autora defende que o responsável da entrevista “pode registar os respectivos dados por escrito ou em registo magnético (...) e que o recurso ao registo magnético não se poderá fazer sem o consentimento do entrevistado” (p.249).

A duração das entrevistas, para Jacelon (2007), “poderá ser um problema, devido à fadiga dos participantes. Poderá ser necessário e adequado realizar uma entrevista em mais do que uma sessão” (p.71). Por outro lado, acrescenta que “para os participantes idosos, a conversação fora do contexto do estudo, poderá significar a parte mais importante da entrevista, na perspectiva destes. Por essa razão, o entrevistador deve equilibrar a necessidade de colher os dados, com a necessidade da interacção dos participantes” (p.71). Esta mesma autora, refere-nos ainda, citando Hancock *et al.* (2003) e Resnick *et al.* (2003) que “a participação de membros da família do idoso

poderá ter um papel crucial, pela influência directa que poderão exercer” (p.67). Jacelon (2007) acrescenta ainda, a particularidade de que “quando os adultos mais velhos estão hospitalizados, o processo de recrutamento pode levar mais tempo” (p.67).

Após explanação teórica passamos a descrever os procedimentos para a colheita de dados.

Previamente aos contactos com os utentes, o investigador esclareceu o desenho de investigação, a cada enfermeiro chefe, de cada unidade de serviço de ortopedia, assim como, forneceu aos respectivos enfermeiros responsáveis, os seus próprios contactos e toda a informação a facultar aos participantes, no sentido de estes darem continuidade ao esclarecimento das dúvidas dos utentes se assim o surgisse. O investigador teve uma dupla intenção, através destes profissionais, não só de identificarem potenciais participantes para o estudo, como adquirirem uma autorização verbal prévia da participação do idoso no estudo. Em contrapartida o investigador, regularmente, duas a três vezes por semana, ou mais, deslocava-se às várias unidades de serviço de ortopedia, ou para a própria realização das entrevistas agendadas ou para a identificação de potenciais participantes.

Num primeiro contacto com os utentes idosos (entre o segundo e terceiro dia após a cirurgia), entregamos a “folha de informação ao participante” (APÊNDICE A), com a explicação do objectivo do estudo e esclarecimento de dúvidas, numa linguagem que procuramos ser perceptível e o mais adequada a cada participante. Pois como refere Jacelon (2007) “usualmente, o investigador encontra-se previamente com o sujeito potencial, explica o estudo e em caso de acordo, agenda uma segunda reunião” (p.67). Assim, procedeu-se a um agendamento de um segundo contacto para a realização da entrevista (essencialmente no quinto dia, após a cirurgia, mais concretamente, após à sua transferência e treino do andar, com auxiliar de marcha). Deste modo, era assegurado aos participantes um tempo de reflexão (24h a 48h), com a possibilidade de colocar questões ou esclarecimentos, quer ao próprio investigador, através dos contactos telefónicos disponibilizados ou então aos enfermeiros responsáveis. A “folha de informação ao participante” continha essencialmente a: identificação do investigador; contactos do investigador; tema do estudo; âmbito do estudo; objectivo; selecção dos sujeitos; utilidade do estudo (para os utentes, para a comunidade e para a profissão); tipo de participação que lhes era pedida; tempo dispendido; garantia da

confidencialidade dos dados; tratamento, armazenamento e destruição dos dados (explicando o procedimento); direito a recusar ou a desistir e respeito pela mesma decisão.

Jacelon (2007) afirma que é a explicação do procedimento no momento do recrutamento que “pode ajudar a manter os participantes, assim como, combinar o momento da colheita de dados e, concedendo um espaço de tempo até 24 horas, para a confirmação da participação, pode também consolidar a participação” (p.71). A autora atrás citada, refere-se a autores como Resnick *et al.* (2003) e Preski & Burnside (1992), para acrescentar que “é durante o contacto inicial que o investigador tem a oportunidade de fazer uma impressão positiva e construir a confiança e relacionamento com potenciais sujeitos” (p.66).

Assim sendo, foi formalizado ao Conselho de Administração do Hospital Dr. Nélio Mendonça do SESARAM, EPE o pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados (APÊNDICE B). Após o seu consentimento (APÊNDICE C), e já no segundo contacto com o participante, aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, solicitávamos ao idoso que respondesse às questões colocadas de acordo com a sua vontade, disponibilidade e no tempo necessário (o tempo médio da realização das entrevistas foi de 47 minutos, onde o tempo máximo foi de 83 minutos e o tempo mínimo de 30 minutos). As entrevistas semi-estruturadas, constituídas por questões fechadas e abertas, foram colocadas pelo próprio investigador e áudio-gravadas. Aconteceram maioritariamente no turno da tarde, após o lanche. O lugar escolhido foi de acordo com a preferência do participante, no gabinete do Enfermeiro Chefe ou outra sala disponível. Jacelon (2007) citando Preski & Burnside (1992), refere-se à aplicação dos instrumentos de colheita de dados, alertando que “o investigador deve seleccionar um local privado e com poucas distrações quanto possível” (p. 70).

De uma forma geral, os momentos das entrevistas, foram encontros agradáveis de “conversa” (não sendo necessário, uma segunda sessão para a colheita de dados), pois muitas vezes os idosos queriam conversar, expressar a sua situação real (por vezes saindo do tema de conversa), o que exigia da parte do investigador, persistência, paciência e condução estratégica da entrevista. Nenhum idoso verbalizou fadiga, durante a entrevista. Pelo contrário, alguns verbalizaram que a “conversa” fora útil no

sentido de colocar o próprio a reflectir sobre a sua condição física e emocional. Em alguns recrutamentos e entrevistas, por mera casualidade, alguns familiares estiveram presentes, não se observando nisso qualquer impedimento para a expressão do sentir de cada um dos participantes, até pelo contrário foram estímulos importantes para conferir maior segurança ao participante, de “mais à vontade” no discurso.

As entrevistas foram suportadas num instrumento de colheita de dados elaborado e descrito em detalhe no subcapítulo seguinte.

4.2.2.1 - Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados, de suporte à entrevista, foi estruturado essencialmente em duas partes distintas, embora sem divisão física. Podemos dizer que primeira parte foi constituída por questões fechadas, formuladas no sentido de caracterizar os participantes. A segunda parte foi constituída por questões abertas, no sentido de descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar. Inerente à questão principal, foram elaboradas questões abertas e questões orientadoras que permitissem a descrição da atitude dos idosos, segundo a definição conceptual da variável em estudo (atitude; componentes: cognitiva, comportamento e afectiva). Constituindo, assim o nosso instrumento de colheita de dados (APÊNDICE D).

Para Fortin (2003) “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (p.36). A variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades ou diferenças.

Por definição, uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores. Polit & Hungler (1995) citados por Fortin (2003), precisam que “a actividade de investigação é empreendida a fim de compreender como e porque os valores de uma variável mudam e como eles estão associados a diferentes valores e outras variáveis” (p. 36).

Segundo Fortin (2003), “as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras perante a sua utilização numa investigação”. E acrescenta dizendo que “os

tipos de variáveis mais correntemente apresentadas nas obras metodológicas são, as variáveis independentes e dependentes, as variáveis de atributo ou de caracterização e variáveis estranhas. Podendo ainda ser utilizadas as chamadas, variáveis em estudo” (p. 37).

Mais uma vez, tendo em conta o objectivo do presente estudo e o próprio problema de investigação, optámos pelas variáveis de atributo (mais consideradas como dados de caracterização do que propriamente como variáveis, no verdadeiro sentido da palavra) e a variável em estudo, uma vez sendo esta investigação do tipo exploratória descritiva, de nível I, não requer o levantamento de outras variáveis.

Assim, como forma de melhor caracterizar os participantes que constituíram a amostra elegível para a recolha de dados, foram identificados um conjunto de dados tais como: género, idade, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional, situação económica, coabitação, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), escala de avaliação funcional – Índice de Barthel entre outros dados de caracterização considerados relevantes para o estudo. Citando Fortin (2003), estas são “a característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever a amostra” (p.376).

Relativamente às variáveis em estudo, Bruns & Grove (2001) referem que são “qualidades, propriedades ou características das pessoas, coisas ou situações que mudam ou variam e são manipuladas, medidas ou controladas na pesquisa” (p. 814). Assim e com base no nosso problema de investigação, a variável em estudo constituiu a “atitude” do idoso face ao fenómeno da dependência para o autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur.

A maior parte dos conceitos não são directamente observáveis nem mensuráveis. Para tal torna-se necessário defini-los, sendo isto conseguido através do processo de operacionalização das variáveis que o faremos mais à frente (descrito no subcapítulo posterior – “Procedimentos utilizados na análise de dados: Categorização”). Para Fortin (2003), “esta operação permite observar e medir conceitos. As definições operacionais atribuem um significado a um conceito ou a uma variável” (p. 38).

4.2.2.2 - Validação do instrumento de colheita de dados

Estando cientes da importância da validação do instrumento de colheita de dados para assegurar a fidelidade dos resultados, validamos o instrumento de medida, solicitando um parecer sobre os diversos itens, a pessoas consideradas peritas nesta matéria e entendidas no fenómeno em estudo, afim de assegurar que o nosso instrumento de medida fosse representativo do domínio que desejamos avaliar.

Validade, segundo Fortin (2003), é a “qualidade de um instrumento que mede realmente o que se pretende medir” (p. 376).

Pretendemos que os juízes anotassem a pertinência da elaboração de cada questão fechada. Ou seja, se eram essenciais e necessárias para caracterização da população em causa. Assim como, solicitamos a validação, relativamente às questões abertas. Ou melhor, se efectivamente a elaboração da questão principal e das questões abertas e orientadoras, eram consideradas como integrantes do domínio e como componentes representativas do conceito em estudo (atitude), como também, se especificamente as questões orientadoras eram elucidativas e clarificavam cada uma das três dimensões que comportam a variável em estudo.

Para tal elaboramos um pedido para a validação do instrumento de colheita de dados, a quatro juízes, professores da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (APÊNDICE E). As sugestões que nos deram e, pelas quais tivemos em consideração, foi acrescentar como questão orientadora “O que está a pensar fazer para ultrapassar esta situação?” e algumas outras questões para a caracterização da amostra (IMC – índice de massa corporal; Situação económica - nível Muito Bom). Assim como, algumas questões de abordagem inicial e de acordo com alguns dos critérios de inclusão (“É a primeira vez que teve uma fractura na perna?”; “Já conviveu com alguém com a mesma problemática?”; “Qual foi a percepção que ficou dessa situação?”), no sentido de facilitar o início da entrevista.

4.2.2.3 - Pré – teste

Para Fortin (2003) “o pré-teste ajuda-nos a verificar se os termos utilizados serão compreensíveis e não surgem equívocos, nem ambiguidades e se os enunciados colocados permitirão adquirir a informação necessária” (p.373).

Após a validação do instrumento de colheita de dados e obtida a autorização do Conselho de Administração do Hospital, em condições idênticas aos critérios de inclusão, aplicámos o instrumento de medida a três utentes.

Durante a aplicação do pré-teste, não houve necessidade de reformular o instrumento de colheita de dados, uma vez que os entrevistados verbalizaram compreender todas as questões colocadas. No entanto, apesar de ser um critério de inclusão, optámos tal como foi sugerido pelos juízes, por iniciar cada entrevista pela questão “É a primeira vez que teve uma fractura na perna?”, no sentido de dar oportunidade ao entrevistado de relatar e expressar o sucedido.

4.3 - Procedimentos utilizados na análise de dados

Após os procedimentos realizados na recolha de dados, iniciou-se a fase de tratamento, análise e apresentação de dados. Esta fase do trabalho de investigação revela-se de grande importância, na medida em que esta consiste em organizar, codificar e analisar os dados de modo a permitir uma melhor compreensão dos mesmos.

Neste sub-capítulo abordamos essencialmente os procedimentos utilizados no tratamento da análise dos dados colhidos. Assim, aludimos à técnica de análise dos dados relativos à variável em estudo, a análise de conteúdo efectuada essencialmente na perspectiva do autor Vala (2009) e nos pressupostos de Strubert & Carpenter (1999), Amado (2000) e Bardin (2008).

Segundo Vala (2009), a análise de conteúdo é reconhecidamente “uma das técnicas mais comuns na investigação empírica, realizada pelas diferentes ciências sociais e humanas” (p.101).

Também nesta secção abordamos, a questão da validade e fidelidade da análise dos dados. Neste sentido, Vala (2009) reforça a ideia de que “o investigador deve assegurar-se e assegurar aos seus leitores de que mediu o que pretendia medir” (p.116).

4.3.1 - Técnica de análise de dados

Segundo Vala (2009), a técnica de análise de conteúdo “é uma técnica a incidir sobre material não estruturado” (p.107), tal como o é a entrevista com questões abertas, correspondente ao instrumento de colheita de dados usado neste estudo.

Para Amado (2000), um dos objectivos principais da análise de conteúdo é “permitir além de uma análise rigorosa e objectiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência teóricos do investigador” (p.54).

Berelson (1952), citado por Vala (2009), definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (p.103). Vala (2009) refere que a proposta de Berelson de restrição da análise de conteúdo ao conteúdo manifesto “está associada à ideia de que esta técnica deve servir objectivos predominantemente descritivos e classificatórios” (p.103).

Krippendorff (1980), também citado por Vala (2009), dá-nos outra definição de análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (p.103). Vala (2009) cita Bardin (1979) referindo que “é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas” (p.104).

Em suma Vala (2009), diz-nos que “a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (p.104).

Vala (2009) refere que técnicas como a entrevista, observação, interacção entrevistador-entrevistado, etc., que são utilizadas nomeadamente em estudos sobre as atitudes, como é o nosso caso, “não são mais do que instrumentos indirectos de recolha de informação que visam obviar aos enviesamentos potencias” (p.107).

A técnica de análise de conteúdos, utilizada neste estudo, foi adoptada como já referido, segundo a abordagem de Vala (2009, p.109), que consiste num conjunto de passos (operações) a realizar:

- Delimitação de objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa;
- Constituição de um “*corpus*”;
- Definição de categorias;
- Definição de unidades de análise (codificação);
- Quantificação.

Quanto à primeira operação, delimitação de objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa, esta etapa, já foi realizada e descrita nos capítulos anteriores). Este estudo exploratório-descritivo, de nível I (com o objectivo de descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar), como já mencionado, correspondeu à explicitação de um quadro de referência conceptual.

Relativamente à constituição de um “*corpus*” documental, ou seja, do material alvo da análise de conteúdos, correspondeu a todas as entrevistas, consideradas elegíveis no contexto da amostra. No contexto desta investigação, as entrevistas realizadas no âmbito do estudo foram desenhadas e operacionalizadas com o propósito desta análise de conteúdos.

Para Amado (2000), “os documentos, podem ser identificados com um número ou letra, podem ser “*naturais*” se pré-existentes em relação à análise (...); “*provocados*” se resultam do próprio processo de investigação, transcrição de entrevistas (...)” (p.55). Neste estudo as entrevistas foram áudio gravadas, transcritas informaticamente, conforme eram realizadas, revalidando (ouvindo-as uma segunda vez), de forma a confirmar a autenticidade dos dados. E, posteriormente, foram organizadas

aleatoriamente e classificadas com a letra “E” e enumeradas (E1; E2...), constituindo uma organização de documentos “provocados”, como refere Amado (2000).

Relativamente às restantes “operações” a realizar na análise de conteúdo, segundo Vala (2009), descrevemos em subcapítulos posteriores, para melhor explicitação de todo o processo.

Antes de abordarmos concretamente tais “operações” referimos que o desenvolvimento de tecnologia de informação de suporte às técnicas de análise de dados, nomeadamente através de software de gestão de conteúdos e estatística específica, é um precioso auxílio para os investigadores na quantificação da análise de conteúdos. Como tal, como suporte às operações da técnica de análise de dados, descritas nesta secção, foi utilizada a ferramenta informática NVIVO7®. Através desta ferramenta informática e utilização da análise estatística descritiva (distribuições de frequência e medidas de tendência central, utilizando folhas de cálculo Microsoft Office Excel 2007) foi feita a instanciação dos dados de caracterização e da variável em estudo, de forma a organizar, sintetizar e também de apresentar os dados, com base num processo uniforme e consistente, para cada entrevista da amostra.

4.3.1.1 - Categorização

Como já referimos, elegemos alguns dados para a caracterização dos participantes, assim como, definimos conceptualmente a variável em estudo “atitude”, segundo o autor Neto (1998), dividindo-se nas componentes cognitiva, afectiva e comportamento. Tal processo corresponde à operacionalização das variáveis, de atributo ou de caracterização e da variável em estudo, isto é, operacionalizar um conceito, significa para Fortin (2003) “defini-lo de maneira que ele possa ser observado e medido” (p.217). Acrescenta também que é um “processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas (...)” (p.373).

Para Vala (2009) a definição de uma categoria corresponde “habitualmente um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito” (p.111).

Ainda para este mesmo autor “a construção de um sistema de categorias pode ser feita a “*priori*” ou a “*posteriori*”, ou ainda através da combinação destes dois processos” (p.111). Neste caso em particular, optamos pelo sistema de combinação dos dois processos.

Para a categorização dos dados de caracterização e operacionalização da variável em estudo, foi utilizada a ferramenta NVIVO7®, como já descrita. Em especial, a ferramenta auxiliou na definição, teste e tratamento dos dados.

Dado que a população em estudo envolveu idosos com mais de 65 anos, e pelas suas características próprias, vivências e expectativas, atendeu-se a alguns dados (por ex.: idade, género, actividade profissional, estado civil, habilitações literárias, situação económica, coabitação), fornecidos pelos próprios, para uma caracterização demográfica; para a caracterização de algumas condições físicas (por ex.: altura, peso, índice de massa corporal - IMC); do grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias (foi utilizada a escala de avaliação funcional de Barthel); do nível de dor (foi utilizada a escala visual analógica e numérica) e outros dados considerados relevantes (por ex.: ajudas que dispõe, aquando de necessidades de saúde; experiências/vivências passadas relativamente a situações idênticas a esta problemática e o tempo do internamento).

Para categorizarmos de uma forma mais clara e objectiva a amostra, tendo em conta o objectivo do estudo, procedemos à operacionalização dos dados de caracterização e da variável em estudo (categorias e subcategorias). De forma a facilitar a compreensão dos dados, optámos por apresentá-los em quadros. Assim, nesta fase preparou-se a estrutura de suporte à codificação, quantificação e de certa forma a apresentação e análise dos dados.

- Dados de caracterização - Demográficos

O quadro seguinte apresenta os dados de caracterização relativamente a aspectos demográficos.

Quadro nº 2 - Dados de caracterização: Demográficos

	Tipo de Dados (Unidade)	Valores	Unidade Apresentação da Análise
Dados de Caracterização – Demográficos	Género	Texto Masculino Feminino	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Idade	Inteiro Anos	Valor médio
	Estado Civil	Texto Solteiro Casado Viúvo Divorciado Outro	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Habilitações Literárias	Texto Não sabe ler e escrever Sabe ler e escrever 1º Ciclo (até 4ºano) 2º Ciclo (até 6º ano) 3º Ciclo (até 9ºano) Secundário (até 12ºano) Curso técnico/profissional Curso superior	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Religião	Texto Católica Outra	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Actividade Profissional Actual	Texto	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Actividade Profissional que Exerceu (Reformado)	Texto	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Situação Económica	Texto Muito boa Boa Razoável Má	Fr (%) Fi (Número absoluto)
	Coabitação	Texto Vive Acompanhado (especificar grau de parentesco) Vive Sozinho	Fr (%) Fi (Número absoluto)

- Dados de caracterização – Algumas condições físicas

O Quadro nº 3, apresenta os dados de caracterização de algumas condições físicas, nomeadamente o peso, altura (dados fornecidos pelos próprios, como já referido e expressos, respectivamente, nas unidades de medida quilograma - Kg e metro - m) e IMC [calculado segundo a fórmula: $\text{Peso}/\text{Estatura}^2$ e expresso na unidade de medida – quilograma/metro quadrado (Kg/m^2)]. A sua análise foi apresentada em valores médios e de acordo com a classificação adaptada para idosos do autor Lipschitz (1994): valores inferiores ou iguais a $22 \text{ Kg}/\text{m}^2$: Magreza; valores entre $22 - 27 \text{ Kg}/\text{m}^2$: Normalidade e valores superiores a $27 \text{ Kg}/\text{m}^2$: Sobrecarga ponderal.

Quadro nº 3 - Dados de caracterização: Algumas condições físicas

	Tipo de Dados (Unidade)		Unidade Apresentação da Análise
Dados de Caracterização – Algumas condições físicas	Peso	Décimal (Kg)	Valor médio
	Altura	Inteiro (m)	Valor médio
	IMC	Décimal (kg/m^2)	Valor médio

- Dados de caracterização - Grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias

Foi utilizada a escala de avaliação funcional, Índice de Barthel (*Barthel Scale for Activities of Daily Living - ADL*), para medir o grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias (AVD).

Christiansen & Ottenbacher (1993) referem-nos que em 1965, Mahoney & Barthel “publicaram uma escala de peso para medir as AVD básica com pacientes incapazes cronicamente” (p.153), descrita como “um simples índice de independência para medir

a capacidade de um paciente, com um distúrbio neuromuscular ou músculo-esquelético, de cuidar de si mesmo” (p.153). Para Guccione, Cullen & O’ Sullivan (1993) o Índice de Barthel “especificamente mede o grau de assistência exigido por um indivíduo, em 10 itens de AVD envolvendo mobilidade e cuidados pessoais. Os níveis de mensuração estão limitados à independência completa, ou à necessidade de assistência. Cada item do desempenho é avaliado a uma escala ordinal com um número específico de pontos assinalados para cada nível ou classificação” (p.260).

Como podemos ver no Quadro nº 4 - Dados de Caracterização: Grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias – Avaliação funcional – Índice de Barthel, inclui 10 itens, inclusive alimentar-se, tomar banho, vestir-se e higiene pessoal, controlo intestinal e vesical, usar o sanitário, transferências, andar e subir e descer escadas.

Ainda de acordo com autores, Guccione, Cullen & O’ Sullivan (1993),

“pesos variáveis foram estabelecidos pelo grupo que desenvolveu o Índice de Barthel para cada item baseado no julgamento clínico, ou em outros critérios implícitos. Um indivíduo que necessita de ajuda humana para comer, por exemplo, receberia 5 pontos; a independência para comer receberia um resultado de 10 pontos. Uma pontuação global simples, oscilando entre 0 (zero) e 100 (cem), é calculada a partir da soma de todas as pontuações de itens individualmente ponderados, de modo que 0 (zero) equivale à completa dependência em todas as 10 actividades e 100 (cem) equivale à completa independência em todas as actividades” (p.260).

Utilizou-se o Índice Barthel por ser uma das escalas mais amplamente estudadas em avaliações de cuidados pessoais publicadas, onde Christiansen & Ottenbacher (1993) confirmam que “muitos estudos mostraram que a escala é sensível à mudança com o passar do tempo, que ela fornece um significativo prognóstico dos resultados da reabilitação e que se relaciona significativamente com outras medidas do estado do paciente” (p.153). Assim sendo, elaboramos uma escala com base no Índice de Barthel, apresentado por Christiansen & Ottenbacher (1993, p.255) e na versão utilizada no SESARAM (instrumento de cálculo do grau de dependência). As alterações efectuadas foram essencialmente ao nível da terminologia das AVD, que teve por base a CIPE®, versão 2.0 (2010). A pontuação obtida é a soma dos valores obtidos em cada uma das variáveis de dependência / independência, descritas através da própria escala de actividades diárias (total de máxima independência é de 100 (cem) pontos e a máxima dependência é de 0 (zero) pontos (Quadro nº 5 - Pontuação do Índice de Barthel).

Quadro nº 4 - Dados de caracterização: Grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias – Avaliação funcional – Índice de Barthel

		Valores (Pontuação Índice de Barthel)	
Actividades de Vida Diárias - AVD	Alimentar-se	Independente	10 Capaz de utilizar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se num tempo razoável.
		Ajuda	5 Necessita de ajuda para cortar os alimentos, espalhar manteiga, etc. e necessita de adaptação de dieta.
		Dependente	0
	Tomar Banho	Independente	5 Lava-se por completo na banheira ou no chuveiro ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
		Dependente	0
	Vestir-se e Despir-se	Independente	10 Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
		Ajuda	5 Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
		Dependente	0
	Higiene Pessoal	Independente	5 Lava o rosto, as mãos, penteia os cabelos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho eléctrico.
		Dependente	0
	Defecação	Independente	10 Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de usar enemas ou supositórios se necessário.
		Incontinente Ocasional	5 Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
Incontinente intestinal		0	

Valores (Pontuação Índice de Barthel)			
Eliminação urinária	Independente	10	Não apresenta episódios de incontinência urinária. Quando faz uso de dispositivo colector, capaz de cuidar.
	Incontinente Ocasional	5	Apresenta episódios ocasionais de incontinência urinária ou necessita de ajuda para o uso de dispositivo colector
	Incontinente ou Algaliado	0	
Usar o sanitário	Independente	10	Usa o sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
	Ajuda	5	Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
	Dependente	0	
Transferir-se Cadeira-Cama	Independente	15	Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso sem ajuda.
	Ajuda Mínima	10	Necessita de ajuda ou supervisão mínimas (verbal/física)
	Grande Ajuda	5	É capaz de sentar-se mas necessita de ajuda de uma a duas pessoas para a transferência
	Dependente	0	
Andar	Independente	15	Pode caminhar sem ajuda mais de 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou outro dispositivo
	Ajuda	10	Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão (verbal/física).
	Independente em Cadeira de Rodas	5	Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.

		Valores (Pontuação Índice de Barthel)	
Subir e Descer Escadas	Dependente	0	
	Independente	10	É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.
	Ajuda	5	Necessita de ajuda física ou supervisão (verbal/física).
	Dependente	0	

Quadro nº 5 - Pontuação do Índice de Barthel

		Dependência / Independência
Pontuação do Índice de Barthel	0-20	Dependência total
	21-61	Dependência grave
	61-90	Dependência moderada
	91-99	Ligeira Dependência
	100	Independência

Adaptação Índice de Barthel: Apresentado por Christiansen & Ottenbacher (1993, p.255) e do Índice de Barthel utilizado no SESARAM (2009) - Instrumento de cálculo do grau de dependência.

- Dados de caracterização - Nível de dor

Para mensurar o nível de dor, sabendo nós da dificuldade que usualmente os idosos têm em poder quantificar e fazer análises comparativas, em vez de utilizar unicamente a escala numérica simples de 0-10, foram utilizados 3 (três) níveis de intensidade de dor que agrupam a escala visual analógica: “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), tal como habitualmente utilizada pelos profissionais de saúde do SESARAM e preconizado pela circular normativa DGS (Portugal, 2003b), apresentado na Figura nº 2 (“régua da dor”)

e quadro seguinte. Assim, com os participantes em repouso aplicamos a “régua da dor”, onde os próprios já estavam familiarizados com a escala.

Figura nº 2– Escala visual analógica, numérica, qualitativa da dor e das faces



Fonte: www.eletroterapia.com.br

Quadro nº 6 - Dados de caracterização: Nível de dor

	Tipo de Dados	Valores
Nível de dor		Leve [0-2]
	Texto	Moderada [3-7]
		Intensa [8-10]

- Outros dados de caracterização relevantes

O quadro seguinte apresenta outros dados de caracterização relevantes para a caracterização da amostra alvo.

Quadro nº 7 - Outros dados de caracterização relevantes

		Tipo de Dados	Valores
Dados de caracterização	Ajudas que dispõe	Texto	
	Tempo de internamento	Inteiro	Dias (Valor médio)
	Primeira experiência da situação actual	Lógico	Sim Não
	Experiências passadas relativamente a situações idênticas à problemática	Lógico / Texto	Sim Não
	Percepção dessa situação	Lógico / Texto	Positiva Negativa

- **Variável em estudo**

Para medir e observar a variável em estudo foi necessário realizar a sua definição conceptual e operacional, tendo por fundamentação teórica, essencialmente o quadro de referências e assim poderemos formular as categorias e subcategorias.

As subcategorias / sub-subcategorias foram definidas a “*priori*” com a excepção das assinaladas, no quadro seguinte com asterisco (*), as quais foram definidas a “*posteriori*”. No entanto referimos que a sub-subcategoria “Segurança” (**), definida a “*priori*” não foi identificada a “*posteriori*”. Algumas das subcategorias definidas a “*priori*” foram criadas de acordo com as evidências científicas dos estudos de investigação apresentados, aquando da revisão da literatura e quadro de referências deste mesmo trabalho. Outras subcategorias, foram criadas com base na experiência pessoal e profissional do investigador.

Quadro nº 8 - Variável em estudo: Atitude – categorias / subcategorias

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS / SUB-SUBCATEGORIAS
Atitude – Categorias / Subcategorias	COGNITIVA	Pensamento / Ideia Opinião Crença / Fé
	AFFECTIVA	Valores Sentimentos/Emoções Alegria/Felicidade * Satisfação Apoio Confiança* Segurança** Esperança/Expectativa Ansiedade Medo Insegurança Cansaço* Desamparo Tristeza
	COMPORTAMENTO	Intenção Acção

* Sub-subcategorias definidas a “*posteriori*”

** Sub-subcategoria definida a “*priori*” e não identificada a “*posteriori*”

Para a definição das subcategorias, foi tido em conta o seu significado semântico, utilizando como referências principais a CIPE® (2005, 2010) versão 1.0 e 2.0 e a enciclopédia Lello & Lello (1980), assim como, a explanação realizada ao longo da fase conceptual.

Para Amado (2000), “o trabalho de interpretação que é preciso fazer dos textos, quer no que respeita à delimitação da unidade de registo, quer na sua colocação sob certos indicadores e não noutros, exige muita atenção e boa memória” (p.57). Acrescenta, citando Quicke (1996, p.103; cf. Hammersley & Atkinson, 1994) que “embora seja um processo rigoroso, não deixa de ser de tentativa e erro e que implica «um envolvimento criativo com o *tema*» da investigação” (p.57). Devido a estas dificuldades que traduzem a necessidade de rigor e de objectividade, Amado (2000) refere que “há quem aconselhe a fazer tabelas de significações, com todas as unidades de registo e o indicador que as compreende, o que permite uma mais fácil comparação durante o processo de análise” (p.57).

Desta forma, operacionalizamos a variável em estudo, atitude, através da definição conceptual, das suas componentes (componente cognitiva, afectiva e comportamento), de acordo com o autor Neto (1998), optando pelas seguintes categorias/subcategorias, descritas no Quadro nº 8 e, definidas conceptualmente.

Apresentamos de seguida as definições conceptuais e operacionais de cada categoria e respectivas subcategorias / sub-subcategorias.

CATEGORIA COGNITIVA

De acordo com a CIPE® (2005) o termo **Cognição** corresponde a um processo psicológico com “as características específicas: Disposição para manter e abandonar acções tendo em conta o conhecimento da pessoa; processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória”.

Esta categoria reuniu os pensamentos, opiniões e crenças dos participantes relativamente à situação de dependência no autocuidado para andar, constituindo as seguintes subcategorias:

Pensamento/Ideia

Segundo a CIPE® (2010) o foco **Pensamento** traduz-se pelo “processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais”. De acordo com Costa & Melo (1999), pensamento refere-se ao “(...) modo de pensar; opinião; (...) entendimento; razão; inteligência; espírito; ideia; reflexão; (...) cuidado; preocupação;”. Onde, **Ideia** para Lello & Lello (1980) é a “Representação de uma coisa no espírito. Concepção. Maneira de ver. Imagem, recordação, conhecimento. Pensamento. Opinião, juízo (...)”.

Esta subcategoria englobou os dados dos participantes relativos à situação de dependência no autocuidado para andar, tais como: pensamentos/ideias dos cuidados a ter na manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Opinião

De acordo com Lello & Lello (1980), **Opinião** é o “Parecer daquele que opina. Manifesta a sua opinião ou parecer sobre um assunto”.

Foi considerado nesta subcategoria a opinião dos participantes sobre a dependência no autocuidado para andar.

Crença/Fé

Crença, segundo a CIPE® (2010) é “Atitude: Opiniões, convicções e fé”. Sendo a **Fé**, para Lello & Lello (1980) a “Fidelidade a promessas ou compromissos. Confiança na lealdade, no saber, na veracidade de alguém. Crença nas verdades da religião. Confiança: *ter fé em alguém, no futuro*. Teologia: a fé é uma convicção fundada não na evidência ou raciocínio, mas no *testemunho*. Segundo os teólogos, a fé tem por fundamento, na ordem sobrenatural, a própria palavra de Deus, e não testemunhos humanos. É também uma *virtude*, porque exige submissão confiante na veracidade divina”.

Assim sendo, nesta subcategoria foi considerado o processo de convicção dos participantes na sua própria actuação, em outras pessoas ou forças divinas para superar a situação de dependência no autocuidado para andar.

CATEGORIA AFECTIVA

Para os autores Lello & Lello (1980), **Afecto** é uma “(...) Sucessão ou série de sentimentos conexos e de grande intensidade acompanhadas de determinadas modificações na apresentação mental e de mudanças psicológicas perceptivas”. Dizem-nos ainda que os afectos podem ser: “*Afectos asténicos*, os que se caracterizam pela diminuição da actividade dos órgãos: medo, tristeza, etc.; *Afectos esténicos*, os que produzem exaltação da actividade dos órgãos: ira, alegria, etc. e *Afectos elementares*, expressão usada em psicologia para designar os primeiros abalos da sensação”.

Nesta categoria incluiu-se os valores e os sentimentos/emoções (todos os actos ou efeitos de sentir: alegria/felicidade, satisfação, apoio, esperança/expectativa, ansiedade, tristeza, medo, desamparo, insegurança, confiança, cansaço) que podiam suscitar ou que surgiram mediante a situação de dependência no autocuidado para andar.

Desta categoria surgiram as seguintes subcategorias:

Valores

Os **Valores**, para Feather (1994), citado por Neto (1998, p.353) têm “as seguintes propriedades: (...) fornecem padrões para avaliar acções, justificar opiniões e comportamentos, planificar comportamentos, decidir entre diferentes alternativas e apresentar-se aos outros”. Segundo a CIPE® (2010), são “Disposições para manter ou abandonar acções tendo em conta a opinião própria sobre o que é bom e mau”.

Nesta subcategoria englobámos as expressões dos participantes que manifestaram princípios éticos, como por exemplo, o respeito por si próprios.

Sentimento

Para os autores Lello & Lello (1980), **sentimento** “distingue-se da sensação em ter por antecedente uma ideia ou representação e não ser localizável”. Acrescentam ainda, “acto ou efeito de sentir. Aptidão para receber as impressões. Sensação. Sensibilidade. Faculdade de compreender a intuição (...). Opinião. Aquilo que é do domínio do coração.

Mais concretamente, Damásio (2000) menciona a dificuldade em separar a definição dos conceitos: sentimento e emoção. Diz-nos este autor, que o termo “sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção,

enquanto o termo emoção deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis” (p. 62, 63). Ou melhor, que os sentimentos são sentidos pelo próprio e não visíveis pelos outros e as emoções são as manifestações observáveis dos sentimentos.

Atendendo à citação de Damásio, neste trabalho utilizamos o conjunto dos sentimentos e/ou emoções expressos pelos participantes quer através da expressão verbal, facial e/ou corporal.

Daqui surgiram as seguintes sub-subcategorias:

Alegria/Felicidade

Para os autores Lello & Lello (1980) **Alegria/Felicidade** (sentimentos/emoções que surgiram à “*posteriori*”) correspondem respectivamente à “sensação de prazer; contentamento; animação” e ao “estado de quem é feliz. Acontecimento próspero. Acaso favorável. Ventura dita, alegria, contentamento”.

Esta sub-subcategoria foi verificada quando os participantes demonstravam expressões verbais e físicas de contentamento com os ganhos da potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Satisfação

Satisfação para os autores Lello & Lello (1980) corresponde ao “Acto ou efeito de satisfazer. Cumprir, realizar: *satisfazer uma promessa*. Acalmar, saciar: *satisfazer as suas ambições*. Agradar, contentar (...). Convencer, persuadir (...). Cumprir, dar execução: *satisfazer os desejos de alguém*. Dar-se por satisfeito ou contente: *satisfazer-se com uma explicação*”.

Nesta sub-subcategoria incluímos todas as alusões dos participantes relativas à satisfação da sua acção na realização dos desejos e emoções gratificantes, mediante a manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Apoio

De acordo a CIPE® (2010), **Apoiar** corresponde à acção de “Assistir: Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar”.

Assim, esta sub-subcategoria abrangeu afirmações dos participantes em que identificavam uma terceira pessoa para apoiar na recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Confiança

Confiança (sentimentos/emoções que surgiram à “*posteriori*”) é uma “Emoção com as características específicas: Sentimento de segurança, acreditar na bondade, força e fiabilidade dos outros (CIPE®, 2005).

Considerámos nesta sub-subcategoria as alusões dos participantes com sentimentos de confiança em si próprio, em terceiras pessoas e em forças Divinas, relativamente à sua manutenção e potencialização de recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Esperança/Expectativa

Segundo a CIPE® (2010), **Esperança** é a “Emoção: Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, optimismo; associada ao traçar de objectivos e mobilização de energia”. E **Expectativa** para Lello & Lello (1980) corresponde às “Probabilidades ou promessas. Esperança; probabilidade. Estado de quem espera observando”.

Reunimos nesta sub-subcategoria expressões dos participantes relativamente aos sentimentos/emoções de esperança/expectativa em relação à manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Ansiedade

Ansiedade, “Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (CIPE®, 2010).

Notámos este sentimento/emoção quando o participante perante a situação de dependência no autocuidado para andar revelava algo que o fazia sentir-se mal consigo próprio.

Medo

Medo, “Emoção Negativa: Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (CIPE®, 2010).

Consideramos esta sub-subcategoria sempre que os participantes manifestaram directamente medo em relação a novas quedas e à permanência da sua condição de dependência no autocuidado para andar.

Insegurança

Insegurança, de acordo com a CIPE® (2010), é uma “Emoção Negativa: Sentimentos de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião de outros”.

Esta sub-subcategoria foi considerada quando os participantes verbalizavam sentimentos/emoções de insegurança (falta de confiança em si próprio) relativamente à sua condição de dependência no autocuidado para andar.

Desamparo

Desamparo, “Emoção Negativa: Sentimento de incapacidade para tomar o controlo ou de agir independentemente, ficar indefeso; acompanhado por *coping* incapacitante ou abandono aprendido, submissão às autoridades, por exemplo, a dos prestadores de cuidados, associada ao comportamento do papel de doente” (CIPE®, 2010).

Esta sub-subcategoria abarca as alusões dos participantes que identificavam uma terceira pessoa, para submeterem-se às suas orientações sem questionamento pessoal prévio.

Cansaço

Cansaço (sentimentos/emoções que surgiram à “*posteriori*”) é considerado uma “Emoção Negativa: Sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental” (CIPE®, 2010).

Incluimos aqui as enunciações em que os participantes referiram directamente o sentimento/emoção de cansaço físico e/ou psicológico aquando da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Tristeza

Tristeza, “Emoção Negativa: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia” (CIPE®, 2010).

Esta sub-subcategoria foi revelada quando o participante demonstrava entristecimento, através de expressões verbais ou faciais perante a sua condição de dependência no autocuidado para andar.

CATEGORIA COMPORTAMENTO

Para Neto (1998), **Comportamento** “(...) inclui todos os planos, decisões e intenções relativas às acções a empreender frente ao estímulo”. E, de acordo com a CIPE® (2010) é um “processo intencional: acções”.

Deste modo, nesta categoria estão incluídas expressões referentes à acção propriamente dita, à conduta dos participantes face à dependência no autocuidado para andar, assim como as suas intenções de manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Foram consideradas as seguintes subcategorias:

Intenção

Intenção – Propósito deliberado de executar alguma coisa. Desejo, vontade, intuito, intento (Lello & Lello, 1980).

Esta subcategoria foi evidente quando os participantes verbalizavam propósitos ou objectivos de vida futura face à nova situação.

Acção

Acção – Manifestação de uma energia: *maneira como um corpo actua sobre o outro*. Manifestação da vontade: *boa ou má acção*. Ocupação, movimento: *vêem-no sempre em acção* (Lello & Lello, 1980).

As acções corresponderam a todas as expressões que descreviam a acção de andar.

A explanação semântica, apresentada neste subcapítulo, dos conceitos inerentes à variável em estudo é de grande importância para a codificação da mesma. Este processo será descrito em detalhe no subcapítulo seguinte.

4.3.1.2 - Codificação

Após os dados colhidos e a transcrição das entrevistas efectuada, procedemos à sua análise, que para Fortin (2003) “consiste essencialmente em proceder a uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos” (p.249). A autora refere que “são estabelecidas categorias de acontecimentos a partir dos dados, mas as características do conteúdo a medir são geralmente definidas e determinadas previamente pelo investigador” (p.249).

Esta etapa, codificação, para Bardin (2008), citando Holisti (1969) é “o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exacta das características relevantes do conteúdo” (p.129).

A análise de conteúdo, segundo Vala (2009) “pressupõe a definição de três tipos de unidades de análise: unidade de registo, unidade de contexto, unidade de enumeração” (p.114). Relativamente à variável em estudo, realizou-se a análise do “*corpus*”, segundo as unidades de análise, descritas de seguida.

Unidades de registo:

Para Vala (2009) “Uma unidade de registo é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (p.114). Acrescenta ainda, que habitualmente se distinguem “dois tipos de unidades: formais e semânticas. No primeiro caso, podemos incluir a palavra, a frase, uma personagem, (...). No segundo caso, a unidade mais comum é o tema ou a unidade de informação” (p.114).

No nosso estudo as unidades de registo corresponderam às palavras ou frases contidas nos conteúdos de cada uma das entrevistas realizadas (unidades formais).

Unidades de contexto:

Vala (2009) refere-nos que “a unidade de contexto é o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo” (p.114). Para o autor Amado (2000), estas unidades traduzem-se pelo que “permite apreender o significado exacto da Unidade de Registo, sem que se deixem de revelar as opiniões, atitudes e preocupações dos seus autores” (p. 56).

Neste estudo, as unidades de contexto corresponderam às questões principais e orientadoras, realizadas durante a entrevista.

Unidades de enumeração:

Para Amado (2000) “As unidades de enumeração ou contagem definem o critério de como contar e o que contar (exemplo: presença ou ausência de certas unidades de registo)” (p. 56).

No contexto deste estudo, as unidades de enumeração contabilizaram:

- a) a ocorrência das unidades de registo em cada uma das categorias e subcategorias no total das entrevistas que constituem o “*corpus*” documental.
- b) a ocorrência das unidades de registo de cada categoria e subcategorias, por número de entrevistas em que ocorrem.

Para Vala (2009) “a unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede à quantificação” (p.115).

4.3.1.3 - Quantificação

Vala (2009) refere que o investigador ao proceder à análise de conteúdo, poderá procurar a resposta às seguintes questões: “com que frequência ocorrem determinados objectos (o que acontece e o que é importante)? Ou de outro modo, quais as características e atributos? (o que é avaliado e como)” (p.108). Menciona ainda que “a primeira questão pressupõe o recurso a uma quantificação simples. A análise de

frequência permite inventariar as palavras ou símbolos chave, os temas maiores, (...). A segunda questão liga-se ao estudo avaliativo dos objectos referidos pela fonte. Estão neste caso em causa as atitudes favoráveis e desfavoráveis da fonte e o seu sistema de valores” (p.108).

Refere-nos ainda o autor supracitado, que a análise de conteúdo quantitativa pode tomar três direcções “análise de ocorrências, análise de conteúdo avaliativa e análise estrutural” (p.118).

Neste estudo, e como já referido, optámos por um tratamento de dados, a análise de ocorrências e a análise de conteúdo avaliativa (descrita com mais pormenor no subcapítulo seguinte). Para Vala (2009) “A análise de ocorrências visa determinar o interesse da fonte por diferentes objectos ou conteúdos. A hipótese implícita é a de que quanto maior for o interesse do emissor por um dado objecto maior será a frequência de ocorrência, no discurso, dos indicadores relativos a esse objecto” (p.118).

Amado (2000), relativamente à quantificação (análise estatística), refere que são vários os autores que defendem (por exemplo: Mostyn, 1985) que “a análise de conteúdos deverá apenas visar uma análise qualitativa ou pelo contrário, que se deve limitar a uma análise quantitativa” (p.59). Por outro lado, alguns autores (Krippendorff, 1990, citado por Amado, 2000 e Vala, 2009) defendem que ambos os métodos de análise de investigação poderão ser usados na análise de conteúdos, em particular a análise qualitativa deve ser usada conforme os objectivos do investigador, do desenho de investigação e a análise quantitativa, quando aplicável, poderá ser um complemento às restantes operações da análise de conteúdos. Amado (2000) reforça a ideia, referindo que “há, portanto, que evitar o peso excessivo da dimensão quantificadora em detrimento da análise qualitativa, interpretativa (...) não pode, por outro lado, limitar-se a simples e longas transcrições que, além do mais, não facilitarão, só por si, o entendimento dos conteúdos latentes, do «interaccionismo dos fenómenos» e das condições de produção da mensagem” (p.62).

As abordagens seguidas na análise de conteúdo deste trabalho de investigação tiveram tanto qualitativa como quantitativa. Incidimos nos conteúdos não estruturados, requerendo uma análise não só ao conteúdo manifesto, como ao contexto no qual este foi obtido (abordagem qualitativa), assim como, uma contagem da frequência de indicadores (abordagem quantitativa).

Segundo Krippendorf (1990), citado por Amado (2000) estas abordagens conferem à análise “uma riqueza complementar de grande significado, podendo apresentar-se, na fase da interpretação, como medida da importância, atenção ou ênfase, concedida a um determinado objecto da comunicação” (p.59).

As novas ferramentas tecnológicas computadorizadas, também coadjuvam à quantificação, como a ferramenta NVIVO7® utilizada neste estudo. Para Vala (2009), estas tecnologias permitiram um “novo impulso à quantificação nos métodos das ciências sociais em geral, e especificamente à quantificação na análise de conteúdo” (p. 117).

Por fim, e como refere Vala (2009) “qualquer plano de análise de conteúdo pressupõe a elaboração de um conjunto de procedimentos que permitam assegurar a sua fidedignidade e validade” (p.109). Procedimentos esses, que passaremos a abordar após explanação da técnica de análise de conteúdo avaliativa, mais concretamente, a análise de asserção avaliativa.

4.3.1.4 - Análise de asserção avaliativa

Para Vala (2009), uma outra direcção que a análise de conteúdo pode tomar é no “estudo das atitudes da fonte relativamente a determinado objecto” (p.119). Existindo várias ou diferentes hipóteses ou exemplos de soluções de índice avaliativos adequados ao problema que se pretende estudar, Vala (2009) refere que o exemplo mais típico deste género de análise é a “Análise das Proposições Avaliativas (*“Evaluative Assertion Analysis”*), elaborada por Osgood (1959)” (p.120). Que para o autor Bardin (2008), significa literalmente “Análise de Asserção Avaliativa” (p.201).

Bardin (2008), considera que “a linguagem representa e reflecte directamente aquele que a utiliza” (p.201). Por conseguinte, diz-nos que “podemo-nos contentar com os indicadores manifestos, explicitamente contidos na comunicação para fazer inferências a respeito da fonte da emissão” (p.201). Acrescenta ainda que “o objectivo da análise de asserção avaliativa é encontrar as bases destas atitudes por trás da

dispersão das manifestações verbais” (p.201), onde atitude é “um núcleo, uma matriz muitas vezes inconsciente, que produz (e que se traduz por) um conjunto de tomadas de posição, de qualificação, de descrições e de designações de avaliação” (p.201).

Como já verificamos no capítulo anterior (Estrutura e características da atitude) a atitude é caracterizada pela sua intensidade e direcção. Bardin (2008) refere-nos que «Estas duas dimensões são utilizadas pela técnica de “Análise de Asserção Avaliativa” para definir e medir as atitudes subjacente» (p.202). Pelo facto de seguirmos as orientações de Bardin (2008, p.202), destacamos o significado de direcção e de intensidade:

- a direcção é o sentido da opinião segundo um par bipolar. Pode-se ser a favor ou contra, favorável ou desfavorável. A opinião pode ser positiva ou negativa, amigável ou hostil, aprovada ou desaprovada, optimista ou pessimista, pode-se julgar uma coisa como boa ou má, etc. Entre dois pólos nitidamente orientados existe eventualmente um estado intermédio, a neutralidade, ou a ambivalência;

- a intensidade demarca a força ou o grau de convicção expressa: uma adesão pode ser fria ou apaixonada, uma oposição pode ser ligeira ou veemente.

Bardin (2008) diz-nos que “O método de Osgood é bastante parecido com a análise de conteúdo temática, uma vez que funciona baseando-se igualmente na decomposição do texto em unidades de significação” (p.202). Refere-nos que “O objectivo é contudo específico, uma vez que se atém não somente à ocorrência deste ou daquele tema (presença ou ausência), mas à carga avaliativa das unidades de significação tomadas em conta” (p.202). Acrescenta-nos ainda que “À etapa de referenciação dos segmentos semânticos (asserções) a contabilizar junta-se então um procedimento de avaliação da direcção e da intensidade dos juízos seleccionados, procedimento este que só pode ter lugar depois da etapa intermédia de normalização dos enunciados” (p.202).

Esta técnica de análise é composta por diferentes fases, sendo que, para Bardin (2008), “A primeira operação consiste em extrair da mensagem as proposições que respondem (...) ao critério de que só os enunciados que exprimem uma avaliação são submetidos à análise” (p.202).

A primeira etapa, de identificação e extracção dos objectos de atitude, teve por base as unidades de registo e as unidades de enumeração, resultantes da análise de conteúdo, validadas pelos juízes (processo já descrito anteriormente), tendo em consideração apenas as unidades que contivessem características avaliativas da atitude. Assim, através do software NVIVO7®, recodificamos 129 unidades de registo, das 200 unidades identificadas na análise de conteúdo, adicionando os três elementos que devem compor as proposições avaliativas. Segundo Bardin (2008) estas proposições avaliativas são: “os objectos de atitude – *atitude objects*; os termos avaliativos com significação comum – *evaluative common-meaning terms*; conectores verbais ” (p. 202-204).

Os objectos de atitude, para Bardin (2008) “São os objectos sobre os quais recai a avaliação: pessoas, grupos, ideias, coisa, acontecimentos, etc.” (p.203). Neste estudo o objecto de atitude reincidiu essencialmente no acontecimento da dependência no autocuidado para andar.

Os termos avaliativos com significação comum, para Bardin (2008) “São termos que qualificam os objectos da atitude. Em linguística chamar-se-iam «predicados», quer dizer, comentários do tema («o que se diz acerca dele»). São, quer adjectivos (...), quer substantivos (...), quer advérbios formados a partir dos adjectivos (...), quer ainda de verbos” (p.203).

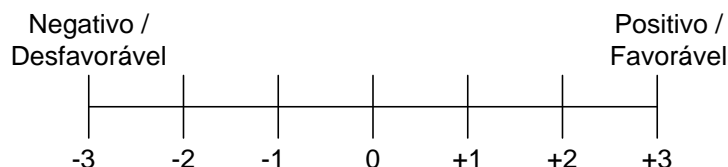
Os conectores verbais, para Bardin (2008) “Ligam no enunciado os objectivos de atitude e os termos de qualificação” (p.204).

Resumindo, Bardin (2008) refere-nos que “os objectos de atitude dos quais se procura avaliação serão rodeados por termos avaliativos de significação comum (supondo que remetem para valores estáveis ou separados) e os conectores verbais são também avaliáveis” (p.204).

Já na segunda etapa, normalização dos enunciados, segundo Bardin (2008), trata-se de obter formas afirmativas segundo a combinação sintáctica mais elementar: “objecto de atitude avaliado / conector verbal / material avaliativo” (p.204). Ou ainda melhor, como Bardin (2008) refere “Esta normalização assenta na equivalência funcional dos termos na linguagem. O procedimento consiste em transformar o texto pertinente segundo uma sequência de enunciados” (p.205).

Na terceira etapa, a codificação, Bardin (2008) diz-nos que “O codificador imprime uma direcção (positiva ou negativa) a cada conector verbal e a cada qualificador” (p.205). O mesmo autor acrescenta que “esta direcção é avaliada em intensidade numa escala de sete pontos (-3 a +3; ver Figura nº 3)

Figura nº 3 – Escala de sete pontos: direcção/intensidade



Fonte: Adaptação de Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed). Coimbra: Edições 70 (p. 207)

Ainda nesta terceira etapa, procedemos à “Notação dos conectores” e à “Notação dos qualificadores”. De acordo com Bardin (2008), ao realizar a “Notação dos conectores” significa que “os conectores podem ser associativos (logo, na direcção positiva), quando o verbo liga o sujeito ao seu complemento ou dissociativos (portanto, na direcção negativa), quando o verbo separa o sujeito do seu complemento” (p.205). Assim, e de acordo com as orientações de Bardin, na análise de avaliação procurou-se dar “uma intensidade forte (+ ou – 3) perante conectores verbais «ser» ou «ter», por certos verbos no presente, pela presença de certos advérbios do tipo «absolutamente», «definitivamente», que reforçavam a acção do verbo” (p.205). Uma intensidade média (+ ou – 2) aquando de verbos que indicavam “a iminência, o parcial, o provável, o crescimento ou por outros tempos verbais que não fosse o presente. Uma intensidade fraca (+ ou -1) quando presentes de uma relação hipotética, apenas esboçada, ou pela presença de advérbios do tipo «ligeiramente», «ocasionalmente» ...” (p.206).

Já na “Notação dos qualificadores”, Bardin (2008) cita Osgood: “parece considerar que existe pouca dificuldade em codificar como favoráveis ou desfavoráveis os termos avaliativos de significação comum, isto numa escala de sete pontos em que três níveis positivos ou negativos correspondem a «muito», «bastante», «pouco»” (p.206).

Por fim, a “Notação dos objectos de atitude”, segundo Bardin (2008) “calcula-se pela multiplicação e soma das notas atribuídas aos qualificadores e aos conectores por cada objecto de atitude” (p.207). Bardin (2008) acrescenta ainda que “a escala terminal

permite visualizar o conjunto dos objectos de atitude do texto analisado e o seu grau de favoritismo/desfavoritismo no espírito do produtor do texto” (p.207).

Assim, no presente estudo, obteve-se o resultado médio para o objecto de atitude considerado, dependência no autocuidado para andar, dividindo-se o total da coluna do produto (conector verbal x termo de significação comum) pelo número de temas registados (129 enunciados / expressões).

4.3.2 - Validade e fidelidade dos dados

Segundo Vala (2009), as condições de validade interna de um sistema de categorias “atravessa todas as etapas de uma análise de conteúdo, desde a constituição do “*corpus*” à escolha das unidades de análise e ao sistema de quantificação” (p.116). Procuramos atender a estes factos durante todo o procedimento utilizado na análise de dados, como já descrito anteriormente.

Refere-nos ainda o autor supracitado que “uma vez construídas, as categorias de análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna. Ou seja, o investigador deve procurar assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade (...) no primeiro caso, que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias; e, no segundo caso, que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria” (p. 113).

Amado (2000), relativamente à fidelidade da codificação, adverte que “a literatura recomenda vários processos, sendo o mais comum, aquele que implica a colaboração de juízes externos” (p.58).

Assim, solicitou-se a dois professores de enfermagem, considerados peritos nesta área de investigação, para proceder à validação da categorização da análise de conteúdo (análise de ocorrências) elaborada pelo investigador (APÊNDICE F).

Foi aplicada uma validação de fidelidade de codificação inter-codificadores, definida por Vala (2009) como “a possibilidade de qualquer conteúdo ser susceptível de interpretações diversas. É por isso de prever que dois codificadores ao analisarem o mesmo material cheguem a resultados diferentes” (p. 117).

Foi utilizada a fórmula de cálculo do índice de fidelidade de Daval (1964), citado por Vala (2009, p.117), que consiste no dobro do número de acordos entre codificadores (C1,2), dividido pelo total de categorizações efectuadas por cada um (C1+C2).

$$F = \frac{2(C1,2)}{C1 + C2}$$

Para Amado (2000), (conf. Daval, 1963; Vala, 1986) “se o resultado rondar os 0,80 já se pode considerar satisfatório” (p.59).

Neste estudo, foi aplicada a fórmula anteriormente exposta e obteve-se valores acima dos 0,80 para os dois juízes externos ao estudo (0,805 e 0,815).

Verificou-se que o número de unidades de registo cuja classificação gerou discordância, em pelo menos um dos juízes, foi de 64 (32%), de um total de 200 unidades de registo, em que 12 destas unidades de registo (6%) apresentavam uma classificação discordante de ambos os juízes face à concordância atribuída pelo investigador. Em 136 unidades de registo (68%) existiu concordância total entre a análise dos juízes e a do investigador.

Após esta primeira análise, foi realizada uma confrontação dos argumentos dos juízes e investigador e verificou-se que embora a classificação de algumas das unidades de registo tenham sofrido alteração, outras obtiveram consenso na classificação do investigador, após a sua argumentação, que teve como suporte a explicação do contexto e a entoação das expressões.

Após esta iteração conjunta, entre investigador e juízes, assim como, a revisão da análise de conteúdo (recorrendo às gravações, transcrições e ao conjunto de operações relativas à análise de conteúdo), essencialmente das 64 unidades de registo discordantes, verificou-se que em 14 unidades de registo, investigador e juízes chegaram a um consenso. Deste modo, o índice de fidelidade aumentou para os valores de 0,845 e 0,885, respectivamente, para os dois juízes externos ao estudo.

Posteriormente às considerações éticas, e no capítulo seguinte, procederemos à apresentação, análise e discussão dos dados.

4.4 - Aspectos éticos

Qualquer investigação realizada em qualquer campo da actividade do Ser Humano levanta questões de ordem ética e moral.

Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também podem lesar os direitos fundamentais da pessoa.

Para Fortin (2003) “os códigos de ética permitiram estabelecer um conjunto de princípios e de direitos a ter em consideração sempre que é realizado um trabalho de investigação que estude seres humanos” (p. 113).

Como tal, na persecução dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito da pessoa humana e à protecção do seu direito de viver livre, dignamente, enquanto ser humano.

Na opinião de Fortin (2003), “todos os trabalhos de investigação associados a seres humanos devem-se apoiar em cinco princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos, os quais foram determinados pelos códigos de ética” (p.116). São eles: o **direito à auto-determinação**, que apoia o direito do sujeito em decidir se participa ou não numa investigação; **direito à intimidade**, que faz referência à liberdade da pessoa, de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas; **direito ao anonimato e à confidencialidade**, que contempla a confidencialidade dos dados e a protecção da identidade do sujeito; **direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo**, estando patentes as regras da protecção de sujeitos de todos os inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de os prejudicarem. Finalmente o **direito a um tratamento justo e equitativo**, que se refere, essencialmente, ao direito de todos os sujeitos de serem informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para qual é solicitado.

Perante todos estes direitos inerentes à pessoa humana procuramos respeitá-los nas suas diversas vertentes, tendo sempre o cuidado de explicar a natureza do estudo em si, os objectivos do trabalho, sua duração, ausência de riscos, dos benefícios e garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes pertencentes à nossa amostra em

estudo. Facultamos a sua decisão sobre a sua participação ou não no nosso estudo, salientando que uma vez dada a autorização de participarem no estudo, isso não impossibilitaria de a suspenderem se o desejassem. Comprometemo-nos desde o início do trabalho a proteger o anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados ao longo de todo o estudo.

Assim sendo, tendo consciência da responsabilidade da investigação em si, tivemos em consideração tais princípios ou direitos fundamentais do Ser Humano (manter o anonimato, confidencialidade e vontade do participante).

Todos os dados colhidos, durante e após o estudo, foram tratados de forma confidencial. Todo o material foi codificado, não ficando o nome do participante registado em nenhum lado e guardado em lugar seguro, sob a responsabilidade do investigador, mantendo-se assim o anonimato e confidencialidade. Logo após a discussão da dissertação os documentos originais, essencialmente os dados colhidos através das entrevistas áudio-gravadas, serão destruídos (queimados ou desfiados, ou apagados definitivamente o ficheiro). Os resultados de grupo poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados de forma individual.

Como já mencionado, a construção da confiança é também a chave da obtenção de consentimento em relação ao recrutamento. Para os adultos mais velhos que não são competentes para assinar as suas próprias formas, obter o consentimento dos familiares ou responsáveis pode ser demorado e difícil (Bowsher *et al.* 1992, Gueldner & Hanner 1989, citados por Jacelon, 2007 p.68). Os idosos podem sentir-se relutantes em assinar formulários de consentimento (Bowsher *et al.* 1992, Guelder & Hanner 1989, Perski & Burnside 1992, citados por Jacelon, 2007, p.67).

Assim, no dia da colheita de dados, no segundo contacto, na data previamente combinada, foi fornecido um documento: “Consentimento livre e esclarecido” (APÊNDICE G) que o participante assinou ou deu consentimento verbal. Após o esclarecimento e o tempo de reflexão, alguns dos participantes desvalorizaram esta necessidade de assinar, dando apenas o seu consentimento verbal, no entanto todo o procedimento foi respeitado. Para os restantes, com documento em duplicado, foi assinado tanto pelo participante como pelo investigador, estabelecendo-se assim um compromisso de honra, ficando cada um com um documento. Foi novamente lembrado ao participante que a todo o momento poderia recusar ou desistir do estudo,

sem o dever de justificar a sua decisão e a garantia de que daí não lhe advinha nenhum prejuízo e de que o investigador manteria a confidencialidade e anonimato em todo o processo da investigação, como já foi referido.

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Prosseguimos este relatório de investigação com a apresentação e análise dos dados. Nesta etapa apresentámos os dados obtidos no decurso do estudo e analisámo-los de acordo com o nosso problema de investigação, objectivo, revisão de literatura e quadro de referências.

Nesta fase, Fortin (2003) refere que “apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustrem os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas” (p.329).

Segundo Fortin (2003) “o método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho do estudo” (p.135). Para a mesma autora “a análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objectivo do estudo, segundo se trata de explorar ou de descrever os fenómenos (...)” (p.135).

Fortin (2003), diz-nos que “a análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos, começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características (...) e descrever os valores obtidos pelas médias das variáveis” (p.277). Refere ainda, que “as estatísticas descritivas incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão” (p.277).

Para Amado (2000), a apresentação, discussão e interpretação dos dados deve de obedecer a “um equilíbrio entre a análise quantitativa e a qualitativa (...), com base em tabelas, quadros sinópticos e matrizes que revelem o sistema de categorias e as suas particularidades (...) não perdendo o carácter descritivo, verdadeiramente qualitativo, recorrendo às necessárias citações” (p.60).

A construção deste capítulo vem na sequência da categorização dos dados, apresentado no capítulo anterior, essencialmente da definição das categorias e subcategorias da variável em estudo, “Atitude” (Quadro nº 8). Neste sentido, os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, ou seja, através das unidades de contexto, das entrevistas semi-estruturadas e do resultado da sistematização dos discursos obtidos através da análise de conteúdo, organizámo-los em tabelas, gráficos e quadros, sempre que possível, de modo a permitirem uma mais fácil leitura e análise dos dados.

Assim, apresentámos primeiramente os dados referentes à caracterização dos participantes, provenientes essencialmente da formalização das questões fechadas do instrumento de colheita de dados e seguidamente os dados relativos à variável em estudo, resultantes da análise de conteúdo das entrevistas e da análise de asserção avaliativa das unidades de registo e unidades de enumeração identificadas.

5.1 - Dados de caracterização dos participantes

A caracterização da amostra vem de encontro à necessidade de conhecer as características dos participantes em estudo (por exemplo as características sócio-demográficas), que poderão influenciar a sua própria atitude face à dependência no autocuidado para andar.

Este estudo foi realizado com a participação e testemunho de 10 idosos, eleitos por satisfazerem os critérios da selecção da amostra. Neste subcapítulo é apresentado a caracterização dos 10 idosos, resultante da análise dos dados obtidos na primeira parte do instrumento de colheita de dados.

Dados de Caracterização

A categorização foi realizada segundo uma perspectiva demográfica, condições físicas, grau de dependência/independência nas actividades de vida diárias, nível de dor

e outras variáveis consideradas relevantes, tais como ajudas que dispõe, experiências passadas com situações idênticas à problemática e o tempo de internamento.

- Caracterização demográfica

Ao analisarmos o Quadro nº 9 – Caracterização demográfica, verificamos que a maioria dos participantes é do género feminino [80% (n=8) e 20% - masculino (n=2)]; a média de idades dos elementos que corresponderam à amostra foi de 79,5 anos; o estado civil correspondia a metade da amostra como viúvo [50% (n=5), 20% - casado (n=2) e 30% - solteiro (n=3)]; mais de metade da amostra apresentou como habilitações literárias o 1ºCiclo [60% da amostra (n=6), 20% (n=2) sabiam ler e escrever e também de igual percentagem 20% (n=2) não sabiam ler nem escrever]; 100% (n = 10) tinha como religião católica; assim como, 100% (n=10) estava em situação de reforma [onde maioritariamente exerciam como actividade profissional de doméstica - 70% (n=7)]; relativamente à situação económica 50% (n=5) considerou-a como razoável [40% - má (n=4) e 10% - boa (n=1)]; no que diz respeito à coabitação 70% (n=7) viviam acompanhados por familiares (cônjuges, filhos, netos, irmãos) e 30% (n=3) viviam sós.

Tais dados de caracterização não diferem muito dos dados de caracterização sociodemográfica mencionados por Sequeira (2010) quando refere que a caracterização dos idosos com dependência física “prevalencem os idosos com idade avançada (habitualmente com médias superiores aos 70 anos), do sexo feminino e com baixa escolaridade” (p.72).

Quando questionados “Quando necessita de ajuda...? A quem pede ajuda? Especifique:” os idosos referiram que no seu dia-à-dia, tinham apoio de familiares (100%, n =10) e ainda de vizinhos (20%, n=2), afilhados (10%, n=1) e do centro de saúde (10%, n=1). O que revela, que antes deste acontecimento (admissão urgente, por fractura da extremidade proximal do fémur), todos os participantes neste estudo, se necessitassem, tinham pelo menos uma “fonte” de apoio.

Verificou-se ainda que 70% (n=7) das pessoas que constituíram a amostra, partilharam vivências e experiências pessoais passadas semelhantes a esta problemática, com familiares, vizinhos ou amigos, revelando que a percepção dessa mesma situação, e de uma forma geral, fora positiva.

Referimos ainda que todas as entrevistas foram realizadas em ambiente hospitalar, alguns dias após a cirurgia (para as pessoas que constituíram a amostra, o tempo médio de internamento antes da cirurgia foi de 5,8 dias).

Quadro nº 9 – Caracterização demográfica

	Valores	Fi(n)	Fr(%)	
		ou Valor Médio		
Dados de Caracterização – Demográficos	Género	Feminino	8	80%
		Masculino	2	20%
	Idade	Anos	79,5 anos (média)	
	Estado Civil	Viúvo	5	50%
		Solteiro	3	30%
		Casado	2	20%
	Habilitações Literárias	1º Ciclo (até 4ºano)	6	60%
		Sabe ler e escrever	2	20%
		Não sabe ler e escrever	2	20%
	Religião	Católica	10	100%
	Actividade Profissional Actual	Reformado	10	100%
	Actividade Profissional que Exerceu	Doméstica	7	70%
Outras		3	30%	
Situação Económica	Razoável	5	50%	
	Má	4	40%	
	Boa	1	10%	
Coabitação	Vive Acompanhado (cônjuges, filhos, netos, irmãos)	7	70%	
	Vive Sozinho	3	30%	

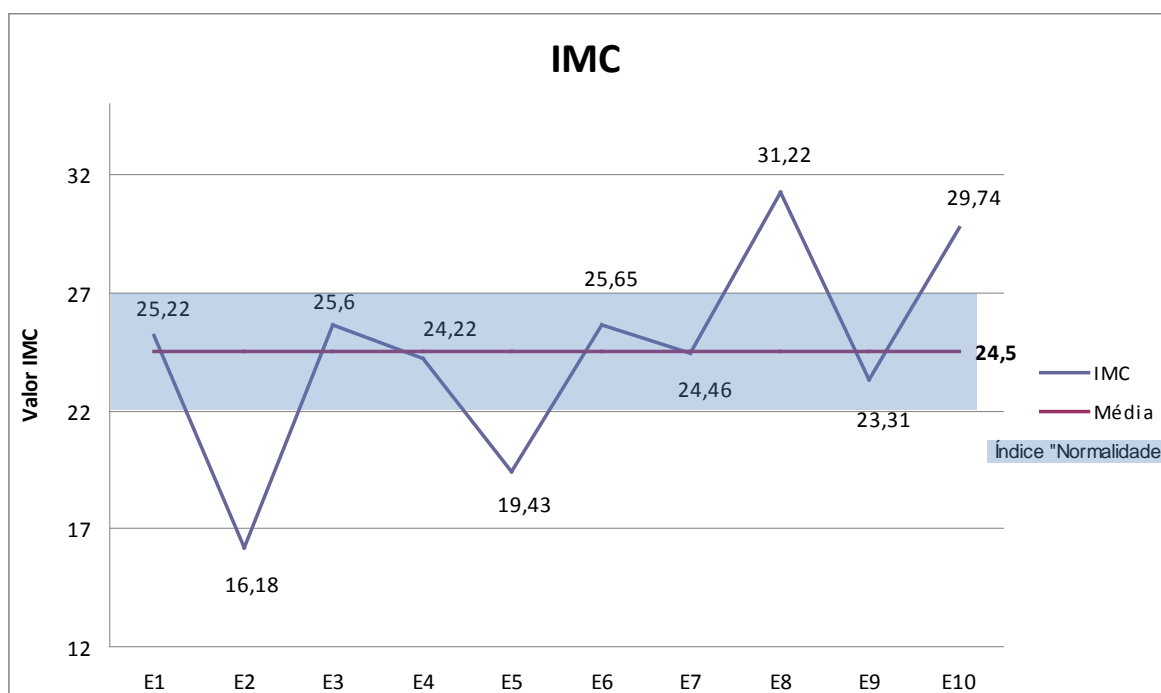
- Caracterização física

Em relação às características físicas, o peso médio foi de 67,3 Kg e a estatura média da amostra correspondeu a 1,64 m. Relativamente ao índice de massa corporal (IMC), o mínimo foi de 16,18 Kg/m² e o máximo 31,22 Kg/m² e a média 24,5 Kg/m², correspondendo, segundo a classificação de IMC adaptada para idosos, do autor Lipschitz (1994), a índices de “normalidade”. Os resultados obtidos relativamente aos dados de caracterização – algumas condições físicas, estão sistematizados no Quadro nº 10 – Caracterização física e o IMC no Gráfico nº 1 – Índice de Massa Corporal (IMC).

Quadro nº 10 – Caracterização física

	Valores Médios	
Dados de Caracterização – Algumas condições físicas	Peso	67,3 Kg (média)
	Altura	1,64 m (média)
	IMC	24,5 Kg/m ² (média)

Gráfico nº 1 – Índice de Massa Corporal (IMC)



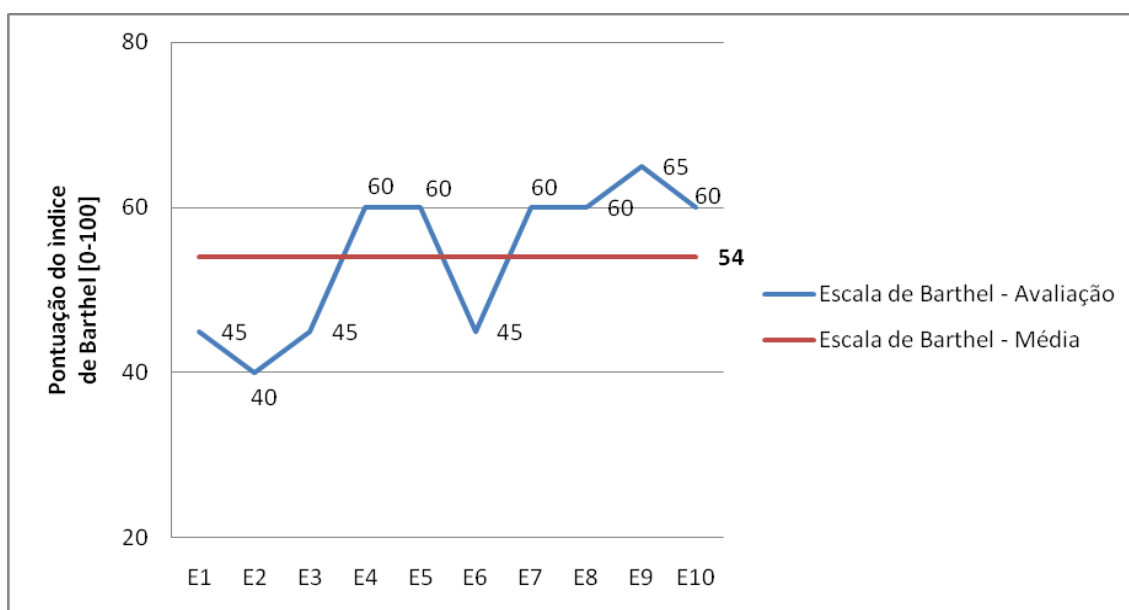
- Grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias

Tal como descrito anteriormente, foi utilizada a escala de avaliação funcional de Barthel, para medir o grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias. O quadro seguinte (Quadro nº 11), apresenta o enquadramento da amostra, na escala de avaliação funcional de Barthel. Pela avaliação, segundo o Índice de Barthel, 90% (n=9) da amostra encontra-se no nível de “dependência grave”. A pontuação média obtida foi de 54,0 pontos e as avaliações da amostra encontravam-se maioritariamente contidas no intervalo [40-60] pontos, isto é, numa “dependência grave” (Gráfico nº 2).

Quadro nº 11 – Grau de independência / dependência nas actividades de vida diárias

	Dependência / Independência		Fi (n)	Fr (%)
Cotação / Pontuação do Índice de Barthel	0-20	Dependência total	0	0%
	21-61	Dependência grave	9	90%
	61-90	Dependência moderada	1	10%
	91-99	Ligeira Dependência	0	0%
	100	Independência	0	0%

Gráfico nº 2 – Avaliação do grau de independência / dependência segundo a escala de Barthel



De acordo com Sequeira (2010) o Índice de Barthel “possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade” (p.48).

Em termos de grau de dependência, constatamos através do Quadro nº 11 e Gráfico nº 2 que os idosos apresentaram em média um grau de “dependência grave” nas actividades de vida diária, o que poderá estar relacionado com o facto de se tratar de idosos com uma história recente de dependência e a vivenciar pela primeira vez essa mesma situação.

De acordo com o autor Sequeira (2010) o instrumento de Barthel sugere que as “actividades básicas de vida diária apresentam uma natureza multidimensional organizada em três domínios (...) mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres” (p.49).

Quadro nº 12 – Frequência relativa do grau de independência / dependência nas actividades de vida diárias dos participantes

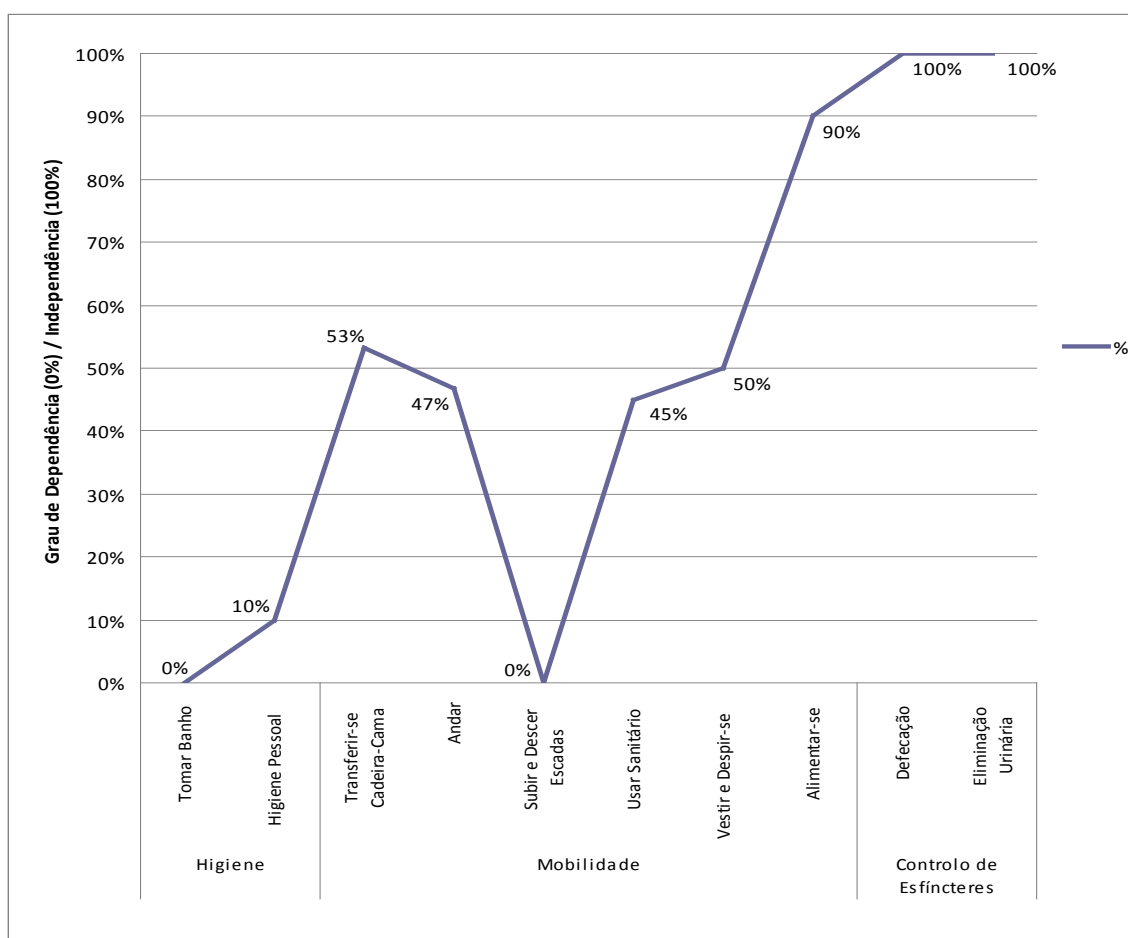
Escala de Barthel	Itens Escala de Barthel	Grau de Dependência					Pontuação Obtida	Pontuação Max. Possível	Pontuação [0-100%]
		Dependente	Independente	Ajuda Mínima	Grande Ajuda	Ajuda			
Higiene	Tomar Banho	10					0	50	0%
	Higiene Pessoal	9	1				5	50	10%
Mobilidade	Alimentar-se	1	9				90	100	90%
	Cadeira-Cama			6	4		80	150	53%
	Andar	3				7	70	150	47%
	Subir e Descer Escadas	10					0	100	0%
	Usar Sanitário	1				9	45	100	45%
Controlo de esfíncteres	Vestir e Despir-se					1	50	100	50%
	Eliminação Urinária		10				100	100	100%
	Defecação		10				100	100	100%

Assim, analisando o Quadro nº 12 e Gráfico nº 3, constatámos que o factor higiene, que inclui os itens “tomar banho” e “cuidar da higiene pessoal”, foi um dos factores mais afectados, assim como, o factor mobilidade que segundo o autor Sequeira (2010) “avalia as actividades que necessitam da mobilização/articulação dos membros superiores e/ou inferiores e inclui os itens: alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira” (p.49).

O que também vai de encontro ao estudo de Jacelon (2004) quando nos revela que “antes da admissão hospitalar, todos os idosos que viviam de forma independente na comunidade, no início do internamento, a independência foi severamente limitada (...) onde vários idosos estavam muito doentes para sair da cama e que a maioria da assistência necessária para satisfazer as suas necessidades básicas foi nas necessidades de higiene” (p.31).

Pelo o resultado da análise de dados, verificámos que o item “subir e descer escadas”, da dimensão mobilidade, obteve a pontuação média de zero (“dependente” no Índice de Barthel). Este facto poderá justificar-se pelo momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, entre o terceiro e quinto dia de internamento após a data da cirurgia e, por outro lado, poderá justificar-se que à data deste estudo, os participantes encontravam-se no início do programa de reabilitação, ou seja, no início do treino de subir e descer escadas.

Gráfico nº 3 – Pontuação [0-100%] do grau de independência [100%] / dependência [0%] nas actividades de vida diárias dos participantes



Em suma, constatámos que os idosos apresentam uma maior dependência a nível do “subir e descer escadas” (0%, ou seja, “total dependência”, segundo o Gráfico nº 3); “tomar banho” (0%); “cuidar da higiene pessoal” (10%); “usar o sanitário” (45%); “andar” (47%); “vestir-se e despir-se” (50%) e transferir-se cadeira - cama” (53%). Estes resultados são similares aos do estudo de Sequeira (2010, p.74).

- Nível de dor

Todos os idosos que corresponderam à amostra no âmbito deste estudo, manifestaram dor. De uma forma geral, 60% caracterizaram o seu nível de dor como moderada (n=6), 30% (n=3) consideram o seu grau de dor como leve e 10% (n=1) considerou a sua dor como intensa. Apresentamos no quadro seguinte (Quadro nº 13) esses resultados:

Quadro nº 13 – Nível de dor

	Valores		Fi (n – nº de pessoas da amostra)	Fr (%)
Dados de Caracterização – Nível de dor	0-2	Leve	3	30%
	3-7	Moderada	6	60%
	8-10	Intensa	1	10%

Todos os participantes deste estudo verbalizaram dor, a vários níveis. O que vai de encontro a vários estudos, onde a evidência da dor foi caracterizada como presente, assim como, limitativa do processo de reabilitação, da actividade física e exercício físico (Robinson, 1999; Ingemarsson, 2003; Pownall, 2004; Resnick, 2007, Young & Resnick, 2009).

5.2 - Dados relativos à variável em estudo

Neste subcapítulo expusemos os dados relativos à nossa variável em estudo: a **atitude** do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur.

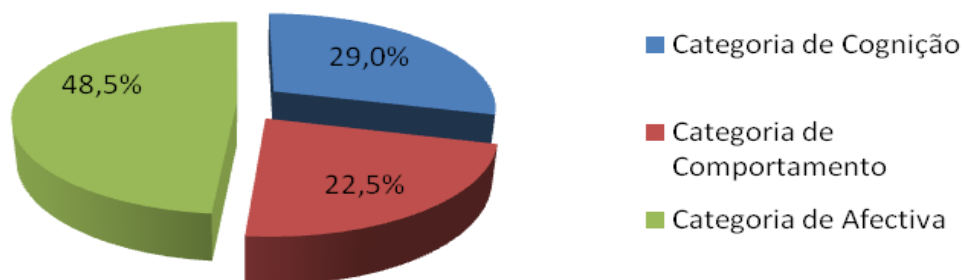
Assim, numa forma sinóptica, no Quadro nº 14 apresentámos as categorias e respectivas unidades de enumeração, de acordo com as unidades de registo, por cada entrevista.

Quadro nº 14 – Categorias e respectivas unidades de enumeração, de acordo com as unidades de registo, por cada entrevista

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fi média	Fr%
Categoria Afectiva	16	12	18	6	7	12	5	8	4	9	97	9,7	48,5%
Categoria Cognitiva	14	8	6	3	3	10	2	5	5	2	58	5,8	29,0%
Categoria Comportamento	6	9	5	6	2	5	2	6	1	3	45	4,5	22,5%
	36	29	29	15	12	27	9	19	10	14	200	20	100%

Através da análise deste quadro, que nos dá uma visão global dos dados, podemos verificar um total de 200 unidades de enumeração, com uma média de 20 citações por pessoa, relativas à atitude da pessoa idosa face à dependência no autocuidado para andar. Verificamos ainda, através do Quadro nº 14 e do Gráfico nº 4 que destas 200 unidades de enumeração, a categoria com maior percentual foi a categoria afectiva (48,5%), seguindo-se a categoria cognição (29,0%) e por fim a categoria comportamento (22,5%).

Gráfico nº 4 – Distribuição das unidades de enumeração por categoria



O Quadro nº 15, Gráfico nº 5 e Gráfico nº 6 apresentam a distribuição do número de unidades de enumeração por cada categoria e subcategorias da variável de estudo, por entrevista, em número absoluto e frequência relativa.

Quadro nº 15 – Distribuição das unidades de enumeração por cada categoria, subcategoria e por entrevista

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fi média	Fr%
Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emocões	15	11	18	6	7	12	4	8	4	9	94	9,4	47,0%
	Valores	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0,3	1,5%
Categoria Cognitiva	Crença - Fé	5	4	3	0	2	4	1	3	1	1	24	2,4	12,0%
	Pensamento - Ideias	4	3	2	3	1	2	1	2	1	0	19	1,9	9,5%
	Opinião	5	1	1	0	0	4	0	0	3	1	15	1,5	7,5%
Categoria Comportamento	Intenção	4	7	1	4	0	4	1	4	0	3	28	2,8	14,0%
	Acção	2	2	4	2	2	1	1	2	1	0	17	1,7	8,5%
		36	29	29	15	12	27	9	19	10	14	200	20	100,0%

Gráfico nº 5 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria

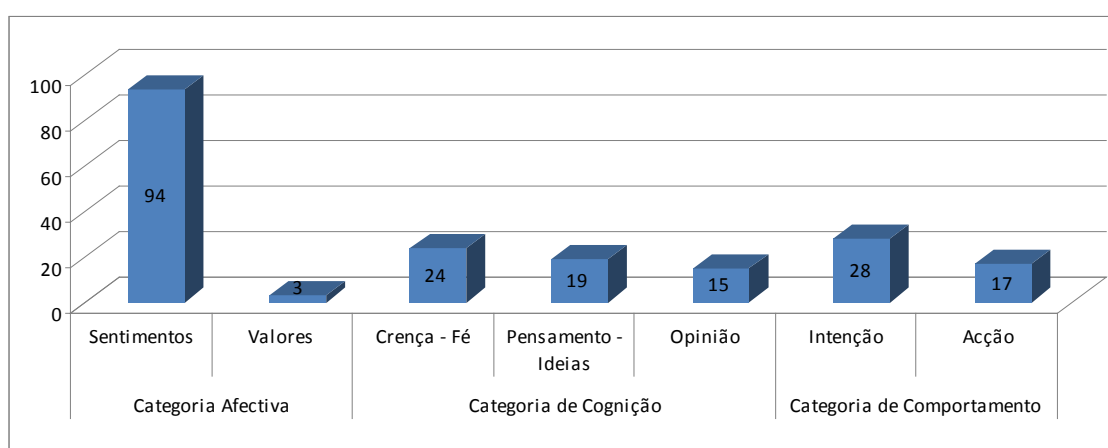
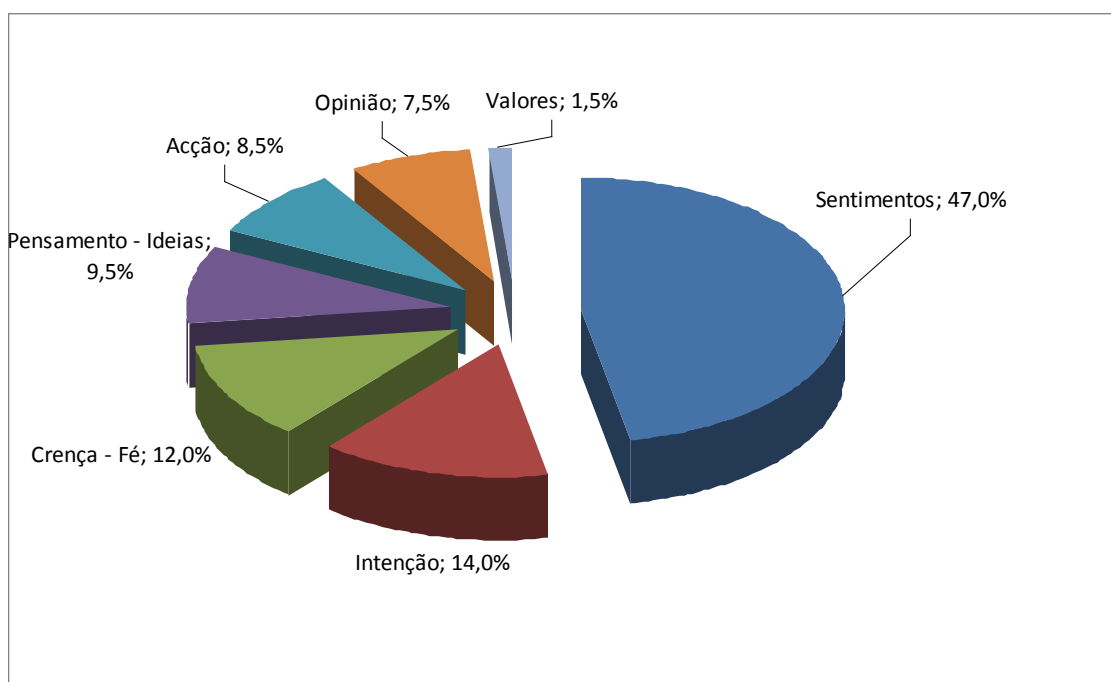


Gráfico nº 6 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria



Tendo em conta a nossa revisão de literatura, quadro de referência e as nossas opções metodológicas aferimos de seguida a uma análise mais profunda de cada categoria e respectivas subcategorias. Iniciamos a apresentação dos dados pela categoria que obteve mais unidades de enumeração, a afectiva, seguida da categoria cognitiva e por último a categoria comportamento.

5.2.1 - Análise das afirmações referentes à categoria afectiva

Como já referimos no quadro de referências deste estudo, no subcapítulo “Estrutura e características da atitude”, para o autor Oliveira (2008a) “nem sempre se afigura tarefa fácil definir e distinguir vários conceitos, como motivação, emoção, afectividade, sentimento. Por outro lado, alguns construtos, tais como bem-estar psíquico (satisfação com vida, felicidade), optimismo, esperança, perdão, sabedoria, etc., podem ser denominados emoções mas também valores ou virtudes” (p.83). Refere-nos ainda que

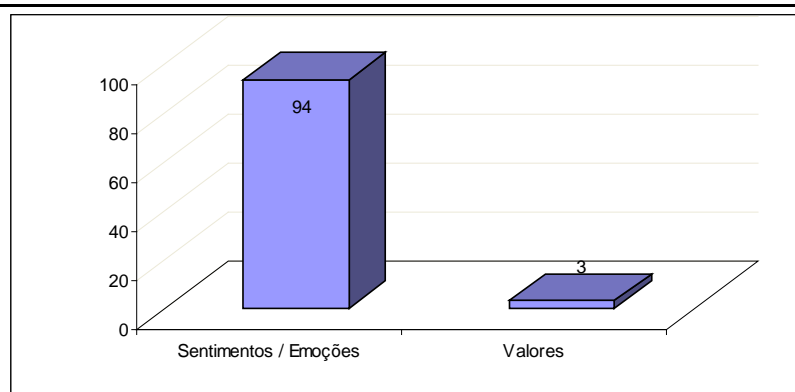
“outras emoções poderiam ser tratadas, quer positivas, quer negativas (ira, inveja, etc.), mas as pesquisas com idoso não afluem” (p. 83). Mais concretamente, o mesmo autor, Oliveira (2008a), diz-nos que “as investigações quanto à afectividade e emoções do idoso são ainda limitadas” (p.88).

Assim, também como já relatámos, algumas das subcategorias definidas a “*priori*”, foram criadas de acordo com as evidências científicas dos estudos de investigação apresentados, aquando da revisão da literatura e quadro de referências deste mesmo trabalho e outras subcategorias, foram criadas fruto da base da experiência pessoal e profissional do investigador, que podiam suscitar ou surgir mediante a situação de dependência no autocuidado para andar. Deste modo, a categoria afectiva subdividiu-se nas subcategorias: sentimentos/emoções e valores (ver Quadro nº 16 e Gráfico nº 7)

Quadro nº 16 – Distribuição das unidades de enumeração por cada categoria, subcategoria e por entrevista

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fr%	Fr% (total)
Categoria Afectiva	Sentimentos / Emoções	15	11	18	6	7	12	4	8	4	9	94	96,9%	47,0%
	Valores	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3,1%	1,5%
		16	12	18	6	7	12	5	8	4	9	97	100%	48,5%

Gráfico nº 7 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto referente à categoria afectiva



Os sentimentos/emoções foram definidos a “*priori*” e a “*posteriori*” no subcapítulo: categorização da variável em estudo, originando as sub-subcategorias:

Alegria/Felicidade; Satisfação; Apoio; Segurança (Sub-subcategoria definida a “*priori*” e não identificada a “*posteriori*”); Esperança/Expectativa; Ansiedade; Tristeza; Medo; Desamparo; Insegurança; Confiança; Cansaço. Onde estas duas últimas sub-subcategorias e a sub-subcategoria Alegria/Felicidade surgiram a “*posteriori*”.

Quadro nº 17 – Distribuição das unidades de enumeração referente à subcategoria sentimentos e respectivas sub-subcategorias e por entrevista

Categoria	Subcategoria / Sub-Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fr%	Fr% (total)		
Categoria Afectiva	Sentimentos / Emoções	Esperança - Expectativa	4	3	4	3	0	3	0	3	1	4	25	25,77%	12,5%	
		Apoio	5	1	2	2	3	4	0	2	1	0	20	20,62%	10,0%	
		Medo	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	2	10	10,31%	5,0%
		Desamparo	0	1	0	0	0	3	2	0	2	0	0	8	8,25%	4,0%
		Tristeza	2	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	8	8,25%	4,0%
		Satisfação	2	0	4	0	1	0	0	1	0	0	0	8	8,25%	4,0%
		Insegurança	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	1	6	6,19%	3,0%
		Confiança *	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	4	4,12%	2,0%
		Alegria – Felicidade *	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3,09%	1,5%
		Cansaço *	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1,03%	0,5%
		Ansiedade	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,03%	0,5%
				15	11	18	6	7	12	4	8	4	9	94	96,91	47,0%
	Valores	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3,09%	1,5%		
		16	12	18	6	7	12	5	8	4	9	97	100%	48,5%		
Categoria Cognitiva												58		29,0%		
Categoria de Comportamento												45		22,5%		
* Subcategorias definidas “a posteriori”												200		100%		

Assim, relativamente à categoria afectiva, subcategoria sentimentos/emoções e analisando o Quadro nº 17, Gráfico nº 8 e Gráfico nº 9, verificámos que num total de 94 unidades de enumeração referente à subcategoria sentimentos/emoções, a sub-subcategoria mais referenciada foi a “esperança/expectativa” com 25 unidades de enumeração, correspondendo a 25,77% das unidades de enumeração desta categoria (12,5% do total de unidades de enumeração). A segunda sub-subcategoria mais

enumerada foi a “apoio” com 20 unidades de enumeração, representando 20,62% (10,0% do total) respectivamente, seguida da subcategoria “medo” com 10 unidades de enumeração, 10,31% na categoria afectiva e 5,0% do total. As subcategorias: “desamparo”, “tristeza” e “satisfação”, obtiveram um número igual de 8 unidades de enumeração (correspondendo a cada, uma percentagem de 8,25% e 4,0% do total).

Gráfico nº 8 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto referente à subcategoria sentimentos/emoções e respectivas sub-subcategorias

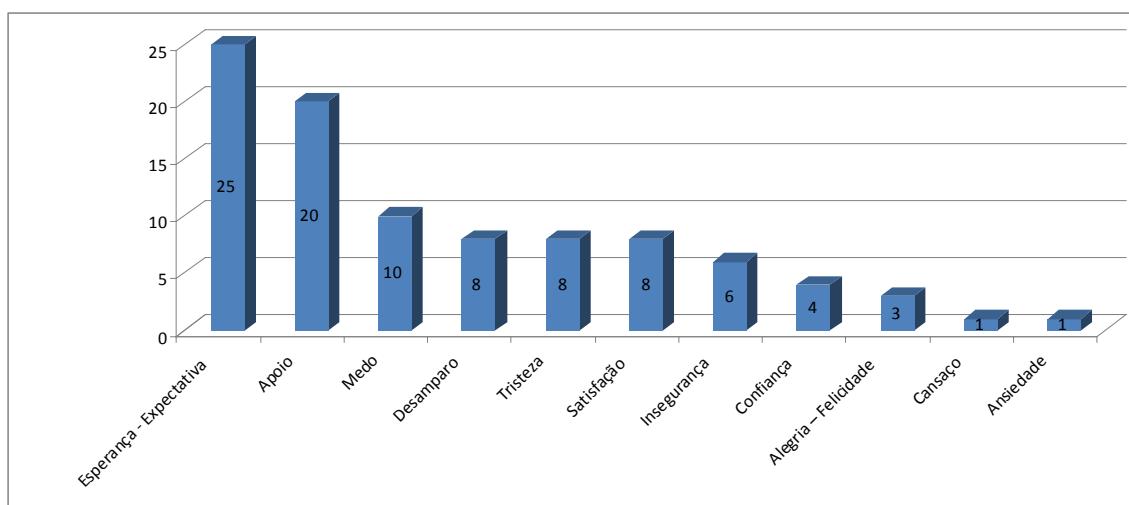
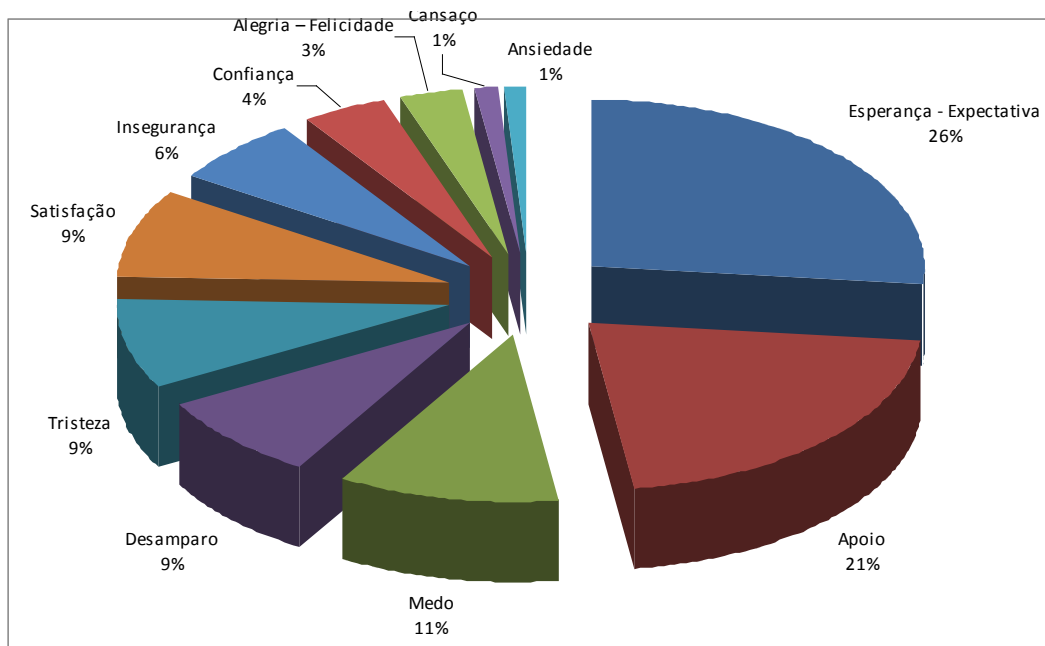


Gráfico nº 9 – Distribuição das unidades de enumeração referente à subcategoria sentimentos/emoções e respectivas sub-subcategorias



A variedade de sentimentos/emoções (11) põe em evidência a diversidade de sentimentos dos utentes idosos face a esta situação, dependência no autocuidado para andar, abarcando sentimentos/emoções negativos, tais como o medo, a tristeza, a insegurança e a ansiedade, mas também sentimentos/emoções positivos como a satisfação, a confiança e a alegria/felicidade.

Seguidamente analisamos cada subcategoria, de modo que possamos ter uma ideia mais concreta dos testemunhos dos participantes, desta categoria “afectiva”, relacionando sempre que possível com outros estudos de investigação alusivos ao tema do nosso estudo.

5.2.1.1 - Subcategoria Sentimentos/Emoções

Tal como já fizemos referência, esta subcategoria “Sentimentos” está intimamente relacionada com as emoções. Foi a que apresentou maior número de unidade de enumeração, de todas as subcategorias, num total de 94, tal como constatamos no Quadro nº 17, Gráfico nº 8 e Gráfico nº 9 apresentados atrás. Esta subcategoria foi manifestada em todas as entrevistas realizadas, perfazendo uma média de 9,7 citações por pessoa.

Os sentimentos, embora distintos, em termos de definição, estão intimamente relacionados com as emoções. Onde emoção segundo a CIPE® (2010) corresponde a um “Processo Psicológico: Sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença”.

Assim e como já constatámos a emoção “**esperança/expectativa**” foi a mais referenciada, visto que os participantes mencionaram expressões de confiança em si, nos outros e no futuro, traçando objectivos de vida a alcançar face à sua situação presente, dependência no autocuidado para andar. O que vai de encontro ao estudo de Jacelon (2010), onde os participantes desse estudo também “tinham planos para o futuro” (p.20) e ao estudo de Resnick *et al.* (2007) “quanto mais fortemente a pessoa

acreditar na sua capacidade de executar uma actividade específica (isto é, na sua auto-eficácia), mais fortemente a pessoa acredita no benefício de se aliciar na actividade (isto é, expectativas de resultados) e o mais provável é que a pessoa inicie e persista com uma determinada actividade” (p.140).

Um facto também reconhecido pelos participantes deste estudo foi o **“apoio”** dado pelos outros, nomeadamente pela família e/ou profissionais de saúde durante esta fase de internamento hospitalar. Todos os participantes já tinham mencionado que antes da situação actual, tinham ajuda/apoio pelos familiares quando necessitavam e que continuam, neste contexto, a contar com essa ajuda/apoio, quer pelo familiar, quer pelo profissional de saúde, mais concretamente do enfermeiro. O que vai de encontro ao estudo de Jacelon (2004) no qual “Todos os participantes tiveram apoio, quer de suas famílias ou cuidados de saúde do sistema” (p.32). Assim como no estudo de Young & Resnick (2009), que nos referem que os participantes relataram que “o apoio da família e dos amigos também foi fundamental para sua recuperação. Especificamente, os participantes disseram que o estímulo verbal de familiares e amigos ajudaram a manter uma atitude optimista durante a reabilitação” (p.113). Estes mesmos autores acrescentam que a “Comunicação e uma atitude positiva por parte dos prestadores profissionais também foram importantes para os participantes” (p.113).

A primeira emoção negativa a ser expressa foi o **“medo”**. O que não dista dos resultados de investigação, tais como os referidos por Resnick *et al.* (2007), que citando outros estudos (Evitt & Quigley, 2004; Murphy, Dubin & Gill, 2003; Murphy, Williams & Gill, 2002), referem-nos que “O Medo de cair foi anotado como a consequência mais comum psicológica nas pessoas que sofreram uma queda” (p.140). Estes mesmos autores, Resnick *et al.* (2007), citam outros autores (Frideman, Heisel & Delavan, 2005; Lach, 2006; Murphy *et al.* 2003), para referir que a queda “ocorre entre 42% -73% nas pessoas que já sofreram uma queda” (p.140). Acrescentam ainda que

“O medo de cair pode ser uma resposta benéfica para alguns adultos mais velhos, porque faz com que sejam mais cautelosos e, assim, prevenir futuras quedas (Murphy *et al.* 2002). Por outro lado, o medo da queda pode resultar em consequências negativas, tais como redução da actividade física (Bruce, Devine & Prince, 2002; Fletcher & Hirdes, 2004; Li *et al.* 2005), diminuição da participação nas actividades funcionais (Cumming *et al.* 2000; Martin *et al.* 2005), menor percepção de saúde física (Brouwer, Musselman & Culham, 2004), baixa

qualidade de vida e baixa satisfação com a vida (Cumming *et al.* 2000; Li *et al.* 2005), e aumento da institucionalização.” (p.140)

Estas últimas consequências negativas são também corroboradas no estudo de Robinson (1999), quando cita Arfken *et al.* (1994) “A sensação de medo de cair podem limitar desnecessariamente as mulheres nas suas actividades” (p.1346).

No nosso estudo pudemos constatar que os participantes manifestaram essa mesma emoção, o “medo” e que têm a consciência da eventualidade de uma nova queda surgir, manifestando em termos futuros ter muita cautela. Mas também, pelo contrário, revelaram receio de não poderem vir a realizar as suas actividades de vida diárias.

Robinson (1999) refere-nos que um dos factores inibidores da função foi classificado como sensação de limitação e perda de competências, onde os seus participantes descreveram a sua luta, de tentativa de recuperação do seu estado funcional e fazer uma transição bem-sucedida, com sentimentos de dependência, perda de controlo, impaciência e medo de cair.

Por seu lado, Jacelon (2004) refere-nos que a autonomia “durante a primeira fase de internamento ou fase de estabilização, os idosos fisicamente dependentes em algumas das suas necessidades estavam dispostos abrir mão do controle de segurança (...), utilizando como estratégia a submissão da autoridade dos profissionais de saúde” (p.32).

Assim sendo, no nosso estudo, a emoção negativa “**Desamparo**” surgiu como era expectante uma vez que os participantes estavam numa fase inicial de internamento e de recuperação funcional.

Neste estudo outras emoções de ordem negativa surgiram como a “**Tristeza**” e a “**Insegurança**”. As manifestações desses sentimentos/emoções são perfeitamente visíveis através da análise Quadro nº 17, Gráfico nº 8 e o Gráfico nº 9 e evidenciadas nas expressões (Quadro nº 18): “*Sinto-me triste... muito triste...com esta situação, de andar só com a ajuda de alguém!*”; “*Agora como me aconteceu isto (dependência no autocuidado para andar) ... Aconteceu esta infelicidade (expressão facial triste).*”; “*depois disto que me aconteceu na perna, acho difícil a recuperação.*”; “*Agora não posso andar à pressa, tenho de ir devagarinho, com umas canadianas*”.

No estudo de Young & Resnick (2009), “Os participantes observaram que um factor importante e facilitador do seu processo de recuperação foi a sua própria

determinação de voltar a andar” (p. 114). Assim, neste nosso estudo surgiram expressões de “**confiança**” no próprio processo de recuperação, reabilitação, assim como, em terceiras pessoas. O que de certa forma suscitou nos participantes sentimentos/emoções de “**satisfação**” com o seu progresso de reabilitação da sua situação. O que vai de encontro com os autores Young & Resnick (2009), pois no seu estudo “Os participantes que ficaram satisfeitos com a sua recuperação funcional (n = 53) compartilharam as suas experiências de factores favoráveis para a sua recuperação funcional” (p. 113). Estes mesmos sentimentos/emoções de “confiança” e de “satisfação” poderão suscitar e suscitaram nos participantes deste nosso estudo sentimentos/emoções de “**alegria/felicidade**”, traduzidos com os ganhos da potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar e evidenciados em afirmações como por exemplo (Quadro nº 18): “*Com a melhoria de dia para dia, de andar melhor, sinto uma alegria tão grande que às vezes até dá para chorar*”.

Outras emoções negativas surgiram, nomeadamente o cansaço e a ansiedade, embora de expressão mínima e de igual percentagem de 1,03%, em termos de unidades de enumeração. O “**cansaço**” foi manifesto no sentido de desgaste físico e de certo modo, como uma diminuição da resistência física para suportar cargas físicas, que antes da ocorrência da situação de dependência no autocuidado para andar, o suportava. A “ansiedade” surgiu não relativamente à situação presente, da dependência no autocuidado para andar, mas sim relativamente ao tempo de espera para a cirurgia.

Desta forma, podemos constatar através do quadro que segue, vários exemplos de unidades de registos relativamente à subcategoria sentimentos/emoções:

Quadro nº 18 – Subcategoria Sentimentos/Emoções – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Afectiva	Esperança - Expectativa	E10	15	<i>“Estou desejando de ver isto (dependência no autocuidado para andar) a melhorar.”</i>
		E3	39	<i>“Sinto como que uma força em mim de ter que ficar bem”</i>

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
		E3	42	<i>“se Deus quiser se de hoje a oito já vou estar em casa, se tudo correr bem como tem corrido até agora”</i>
		E4	41	<i>“Eu tenho uma esperança que irei fazer a minha vida normal, mesmo com estes pormenores”</i>
		E4	43	<i>“Tenho a esperança de eu me governar”</i>
		E2	219	<i>“Quem me dera, quem me dera que amanhã eu já pudesse andar bem...”</i>
		E1	140	<i>“Depois de aprender a andar posso ir mais longe ou outra coisa qualquer.”</i>
	Apoio	E4	31	<i>“O meu filho veio para a Madeira para tratar de mim.”</i>
		E9	20	<i>“A minha filha, vai à farmácia, me ajuda e vai ajudar. Os meus netos também me ajudam”</i>
		E6	55	<i>“O Enfermeiro ajuda no andar e depois lá se consegue”</i>
	Medo	E2	109	<i>“Tenho medo que me aconteça alguma coisa... que me podia ter acontecido.”</i>
		E4	41	<i>“Sei que não posso ter uma queda senão posso passar à cadeira de rodas. Tenho de ter muito cuidado para não cair (expressão facial de receio).”</i>
E5		133	<i>“O meu maior receio é não conseguir andar. Nem que seja ir à casa de banho sozinha, fazer a minha alimentação”</i>	
Desamparo	E6	86	<i>“Agora mudou tudo! Agora já não espero, quando se chega a esta idade (88 anos) já não espero melhoras...”</i>	
	E6	29	<i>“Eu não sei se vou recuperar. Eles (profissionais de saúde) é que sabem. Isto é pesado...”</i>	
	E6	46	<i>“Não sei o que possa fazer para melhorar, Sr^a Enfermeira. Eles dizem para fazer, para andar ... mas não sei... Penso fazer o que eles mandarem.”</i>	

Categoria / Subcategoria	Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo	
	Tristeza	E7	23	<i>“Peço ajuda a todas as pessoas e à toda hora (expressão facial de que nada pode fazer; indefeso/submissão)”</i>
		E2	69	<i>“Sinto-me triste... muito triste... com esta situação, de andar só com a ajuda de alguém!”</i>
		E2	163	<i>“Agora o que eu sinto é que quando não dava passo, ficava triste, bem triste...”</i>
		E7	23	<i>“Uma grande tristeza (por estar assim, limitada no autocuidado para andar)”</i>
		E1	134	<i>“Agora como me aconteceu isto (dependência no autocuidado para andar) ... Aconteceu esta infelicidade (expressão facial triste).”</i>
	Satisfação	E3	49	<i>“Sinto-me satisfeita com este trabalho que fiz para andar. Muito mesmo...”</i>
		E5	93	<i>“Sim, ... mas dá bem para ver que hoje foi melhor que ontem...”</i>
	Insegurança	E10	32	<i>“depois disto que me aconteceu na perna, acho difícil a recuperação.”</i>
		E1	140	<i>“Agora não posso andar à pressa, tenho de ir devagarinho, com umas canadianas”</i>
	Confiança	E10	32	<i>“Eu tenho que acreditar na recuperação”</i>
		E3	6	<i>“Mas ele (vizinho) disse que eu tivesse coragem e eu confiei... e que Deus ia-me ajudar”</i>
	Alegria / Felicidade	E3	42	<i>“Com a melhoria de dia para dia, de andar melhor, sinto uma alegria tão grande que às vezes até dá para chorar.”</i>
		E7	8	<i>“Há complicações no caminho, mas quando as coisas se vão resolvendo existe uma alegria...”</i>
	Cansaço	E8	18	<i>“Dá-me muita canseira porque agora já não posso pegar em pesos, fico cansada”</i>
	Ansiedade	E3	63	<i>“A minha maior ansiedade era o de que nunca mais chegava o dia de ser operada. Foi um desgosto à espera do dia em que seria operada”</i>

5.2.1.2 - Subcategoria Valores

Esta subcategoria “valores” foi expressa em três unidades de enumeração, tal como constatamos no Quadro nº 16 e Gráfico nº 7 apresentado atrás. Foi manifesta em três das dez entrevistas realizadas, perfazendo uma média de 0,3 citações por pessoa.

Backeman & Hentinen (1999) citando Dean (1989) referem que “os comportamentos de autocuidado e as suas interações com factores culturais, sociais e psico-sociais poderiam ser considerados mais estilos de vida. Deste modo as práticas comportamentais são moldadas pelos valores e convicções apreendidos em culturas específicas e por oportunidades e constrangimentos definidos através de situações sociais e económicas específicas” (p.570).

As expressões apresentadas (Quadro nº 19), referentes aos “valores” face à dependência no autocuidado para andar, foram relativas a hábitos já adquiridos, assim como, a práticas culturais e princípios morais, no respeito por si próprio e pelos outros. Assim, Backeman & Hentinen (1999) dizem-nos que o “autocuidado não é uma parte separada da vida do idoso ou idosa, está intimamente associado com a sua vida passada (...) reflecte também a atitude global da pessoa para os cuidados de saúde, doenças e maneira de viver” (p.569).

Quadro nº 19 – Subcategoria Valores – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Afectiva	Valores	E2	73	<i>“Sempre fui amiga de andar e de fazer”</i>
		E1	154	<i>“Se a gente não se cuida, no doutor, no hospital ou outro sitio qualquer, fica com falta no seu corpo. Se a pessoa se cuidar ficará bom. Se uma pessoa ficar em casa e disser que não é nada, não se cura...”</i>
		E7	17	<i>“Mas vale a pena ser uma pessoa humilde e viver simples, sem influenciar a vida dos outros, sem fazer complicações.”</i>

5.2.2 - Análise das afirmações referentes à categoria cognitiva

A categoria cognitiva, como já referimos, subdividiu-se nas subcategorias: crenças/fé, pensamento/ideia e opinião, relativamente ao fenómeno dependência no autocuidado para andar, no sentido de o participante através dos seus saberes, informações, conhecimentos poder tomar decisões. Jacelon (2010), citando Thorne, Pateraan & Russell (2003) refere-nos que “numa análise secundária de dados, identificaram um modelo de auto-cuidado como uma tomada de decisão, tão complexa que envolve os conhecimentos adquiridos dos utentes que convivem com a doença, assim como, os dos prestadores de cuidados” (p.16).

Assim, relativamente à categoria cognitiva e analisando o Quadro nº 20, Gráfico nº 10 e Gráfico nº 11, verificámos que a subcategoria mais referenciada foi a “crença/fé” com 24 unidades de enumeração, correspondendo a 41,0% das unidades de enumeração desta categoria (12,0% do total), seguida da subcategoria “pensamento/ideia” com 19 unidades de enumeração equivalendo a 33,0% (9,5% do total) e por fim a subcategoria “opinião” com 15 referências correspondendo a 26,0% (7,5% do total), num total de 58 unidades de enumeração.

Quadro nº 20 – Distribuição das unidades de enumeração referente à categoria cognitiva e respectivas subcategorias e por entrevista

Categoria	SubCategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fr%	Fr% (total)
Categoria Cognitiva	Crença - Fé	5	4	3	0	2	4	1	3	1	1	24	41%	12,0%
	Pensamento - Ideias	4	3	2	3	1	2	1	2	1	0	19	33%	9,5%
	Opinião	5	1	1	0	0	4	0	0	3	1	15	26%	7,5%
		14	8	6	3	3	10	2	5	5	2	58	100%	29,0%
Categoria Afectiva												97		48,5%
Categoria de Comportamento												45		22,5%
												200		100%

Gráfico nº 10– Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria da categoria cognitiva

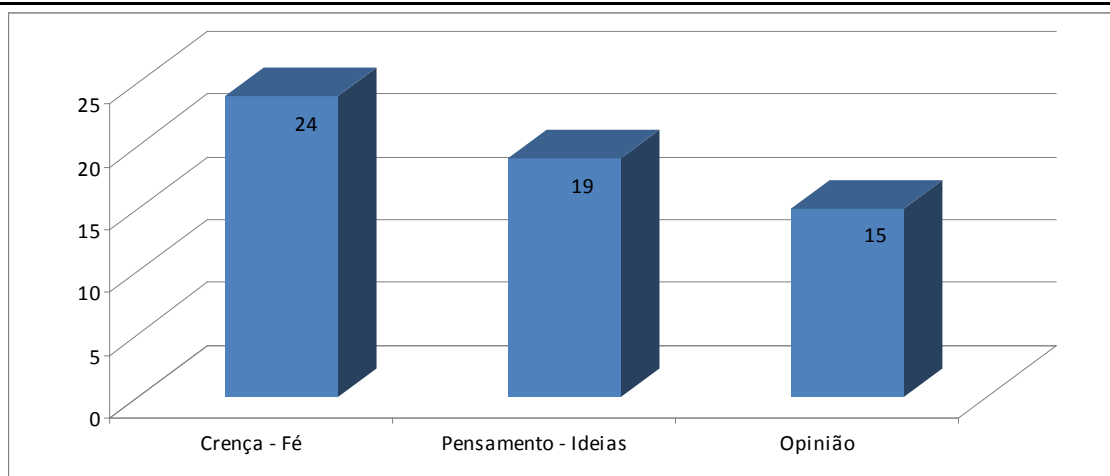
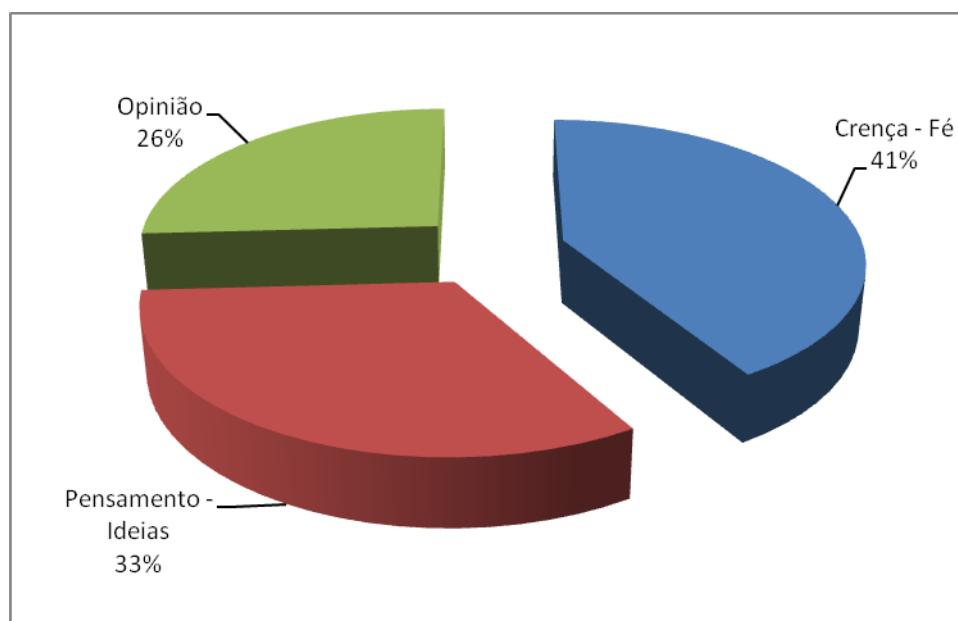


Gráfico nº 11 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria da categoria cognitiva



Em seguida procedemos à análise pormenorizada de cada subcategoria, desta categoria “cognitiva”, confrontando com outros estudos já mencionados, tendo por base o tema do nosso estudo.

5.2.2.1 - Subcategoria Crenças/Fé

Tal como já fizemos referência, esta subcategoria “crença/fé” da categoria cognitiva foi a que apresentou maior número de unidade de enumeração, perfazendo um total de 24, tal como podemos constatar através do Quadro nº 20, Gráfico nº 10 e Gráfico nº 11 apresentados atrás. Esta subcategoria foi manifesta em nove das dez entrevistas realizadas, perfazendo uma média de 2,4 citações por pessoa.

A crença e a fé num Ser Supremo, Divino, a devoção a Deus, foi algo que os participantes revelaram como um factor importante para a reabilitação da sua capacidade funcional de andar, assim como, acreditar em si próprio e nos profissionais de saúde para reverter a sua situação de dependência no autocuidado para andar.

Robinson (1999) no seu estudo refere-nos que “as mulheres relataram a importância da espiritualidade para uma recuperação bem sucedida” (p.1345). Assim como os autores Young & Resnick (2009), no seu estudo dizem-nos que “os participantes relataram que a espiritualidade e a crença em um ser supremo ajudou-os a manter o seu optimismo em todo o processo de recuperação” (p.113).

Por seu lado Jacelon (2010), no seu estudo alude-nos que “a fé foi importante e ajudou os participantes a manterem uma atitude positiva” (p.19).

Tal como podemos constatar pelas seguintes afirmações:

Quadro nº 21 – Subcategoria Crença / Fé – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Cognitiva	Crença / Fé	E1	73	<i>“Tenho fé em Deus. Que Nosso Senhor vai dar saúde ... (para eu poder andar)”</i>
		E7	51	<i>“Acredito que Nosso Senhor me irá ajudar (a andar).”</i>
		E1	84	<i>“Olhe, eu não posso fazer nada sem isto sarar da operação. Mas tenho sempre aquela fé em Deus que hei-de ficar bom.”</i>

Categoria / Subcategoria	Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registro
Categoria Cognitiva	E5	112	<i>“Eu acredito em Deus. Acredito que ele me pode ajudar (nesta fase, transitória, para eu andar) ... Apesar de recentemente li o "Código Da Vinci " e aquilo fez-me pensar... menos em Deus...”</i>
	E6	51	<i>“Os médicos e as Sr^{as} enfermeiras dizem que vai ficar melhor!”</i>
	E2	227	<i>“Tudo que é enfermeiro e médico diz-me que “não se preocupe que vai andar”; “vai andar”. Eu ao mesmo tempo acredito!”</i>
	E5	115	<i>“Acredito em Deus e nas minhas capacidades. Tenho que acreditar nas minhas capacidades. Não é aquelas “baboseiradas” de rezar Avé(s) Maria e Pai Nosso...”</i>
	E9	67	<i>“Sim, acredito que nós próprios podemos fazer por isso...(por andar por nós mesmos, sem ajudas de ninguém)”</i>
	E2	243	<i>“Sim, acredito em mim!”</i>

5.2.2.2 - Subcategoria Pensamento/Ideia

Esta subcategoria “pensamento/ideia”, surgiu como a segunda subcategoria mais evidenciada da categoria cognitiva, relatada também em nove das dez entrevistas realizadas, perfazendo uma média de 1,9 citações por pessoa. Foi manifestada em 19 unidades de enumeração, tal como constatamos no Quadro nº 20, Gráfico nº 10 e Gráfico nº 11 apresentado anteriormente.

Os pensamentos/ideias, ou seja, os conhecimentos que surgiram por parte dos participantes deste estudo incidiram sobre os cuidados a ter na manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar. Essencialmente verbalizaram expressões sobre os cuidados a ter no andar ou nas transferências, sempre com manifestações verbais de possibilidade de recuperação, como Robinson (1999) alerta no seu estudo “(...) as precauções com as flexões que

eram necessárias para a recuperação adequada da anca. As mulheres tinham sido instruídas a: (a) evitar cruzar as pernas, (b) evitar cadeiras e banheiros/wc de baixa altura, e (c) evitar a flexão da anca abaixo de 90 graus” (p. 1343).

Assim, algumas das expressões que os participantes revelaram os seus pensamentos/ideias foram:

Quadro nº 22 – Subcategoria Pensamento / Ideia – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Cognitiva	Pensamento / Ideia	E7	33	<i>“Já percebi como proceder para andar e passar da cama para a cadeira”</i>
		E5	102	<i>“O que eu sei é que tenho que pôr o andorilho á frente, depois a perna doente e depois a boa. Depois o andorilho, depois a perna doente depois a perna boa”.</i>
		E6	50	<i>“O que eu sei é que a perna que vai à frente é esta (a doente, a esquerda). Depois a outra vai atrás. A esquerda avança e depois a outra. É assim, devagarinho, devagarinho vai chegar lá.”</i>
		E8	14	<i>“Sei que para levantar, primeiro sentada eu tenho que estender a perna doente e a almofada fica entre as pernas para não unir. Depois agarrar no andorilho ... Para andar, o pé esquerdo à frente (doente) e depois o pé direito atrás...”</i>
		E4	40	<i>“Não posso ficar sentada em sofás baixos, ou se ficar tenho que por umas almofadas por baixo. Não posso trocar a perna, até o resto da vida.”</i>

5.2.2.3 - Subcategoria Opinião

A subcategoria “opinião” comporta 15 unidade de enumeração, tal como constatamos no Quadro nº 20, Gráfico nº 10 e Gráfico nº 11 apresentados atrás. Foi evidenciada em seis, das dez entrevistas realizadas, correspondendo a uma média de 1,5 citações por pessoa.

Os participantes quando confrontados com as questões na ordem do pensamento/ideia/saber/conhecimento sobre a dependência no autocuidado para andar, consideraram, em termos de “Opinião”, a importância de manter cuidados individuais de saúde, ou seja, hábitos de vida saudáveis, no sentido de manter a saúde geral e continuar a andar. Tal como referem os autores Young & Resnick (2009) “Comportamentos de promoção da saúde contribuem para uma recuperação incluído comer alimentos saudáveis, tendo indicações adequadas e vitaminas, e, sobretudo, a prática de exercício físico regular” (p.114). Acrescentam ainda que “Os participantes relataram que além das suas próprias crenças e determinação, as actividades de estilo de vida positivas também facilitaram a recuperação” (p.114).

Algumas dessas opiniões foram as seguintes:

Quadro nº 23 – Subcategoria Opinião – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Cognitiva	Opinião	E1	106	<i>“No meu entender, é bom andar, o corpo tem de mexer...se os nervos não mexem...”</i>
		E9	29	<i>“Devíamos treinar todos os dias... Tal como comemos todos os dias, devíamos treinar todos os dias.”</i>
		E1	130	<i>“Devemos consumir os alimentos derivados de leite, para o desenvolvimento do corpo, para andar melhor...”</i>
		E1	118	<i>“Andar é importante.”</i>
		E1	154	<i>“Temos que nos cuidar para a nossa saúde”</i>
		E2	246	<i>“Autocuidado para andar é a força de vontade, energia, procurar energia para andar.”</i>
		E3	140	<i>“Que é para eu ter cuidado no andar para não desmanchar para o que está feito. É aquilo que tenho que ter o cuidado de fazer. É fazer os possíveis para fazer o que eles me estão ensinando, para não desmanchar o que está feito.”</i>
		E9	60	<i>“Auto-cuidado para andar é quando uma pessoa tem de sentir-se capaz para andar.”</i>

5.2.3 - Análise das afirmações referentes à categoria comportamento

A categoria comportamento, como já foi referido na sua operacionalização, segundo o autor Neto (1998) “(...) inclui todos os planos, decisões e intenções relativas às acções a empreender frente ao estímulo”, subdividindo-se nas subcategorias intenção e acção. Refere-se essencialmente à conduta/acção, ao próprio comportamento em si, assim como, à verbalização da intenção da acção/fazer face ao plano de manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

Quadro nº 24 – Distribuição das unidades de enumeração referente à categoria comportamento e respectivas subcategorias e por entrevista

Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Fi	Fr%	Fr% (total)
Categoria	Intenção	4	7	1	4	0	4	1	4	0	3	28	62,2%	14,0%
	Acção	2	2	4	2	2	1	1	2	1	0	17	37,8%	8,5%
		6	9	5	6	2	5	2	6	1	3	45	100%	22,5%
Categoria Afectiva												97		48,5%
Categoria Cognitiva												58		29,0%
												200		100%

Gráfico nº 12 – Distribuição das unidades de enumeração em número absoluto por cada subcategoria da categoria comportamento

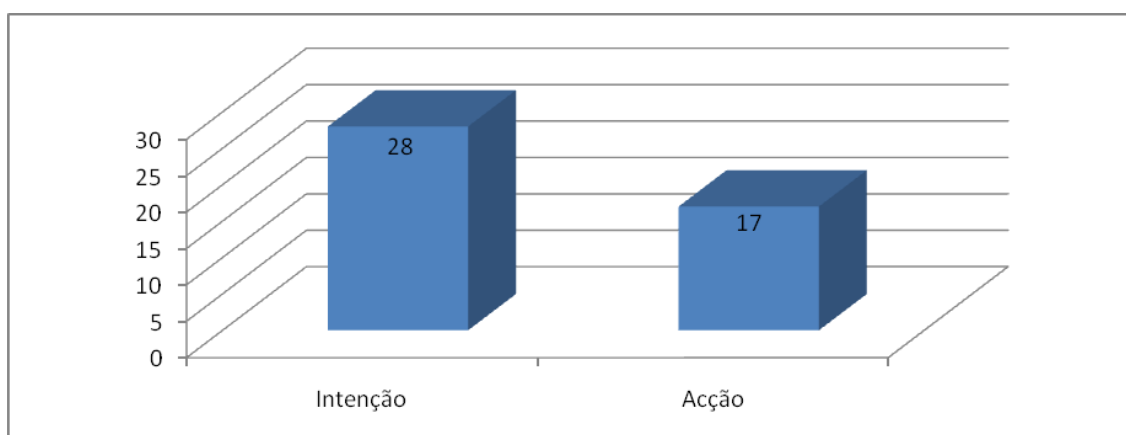
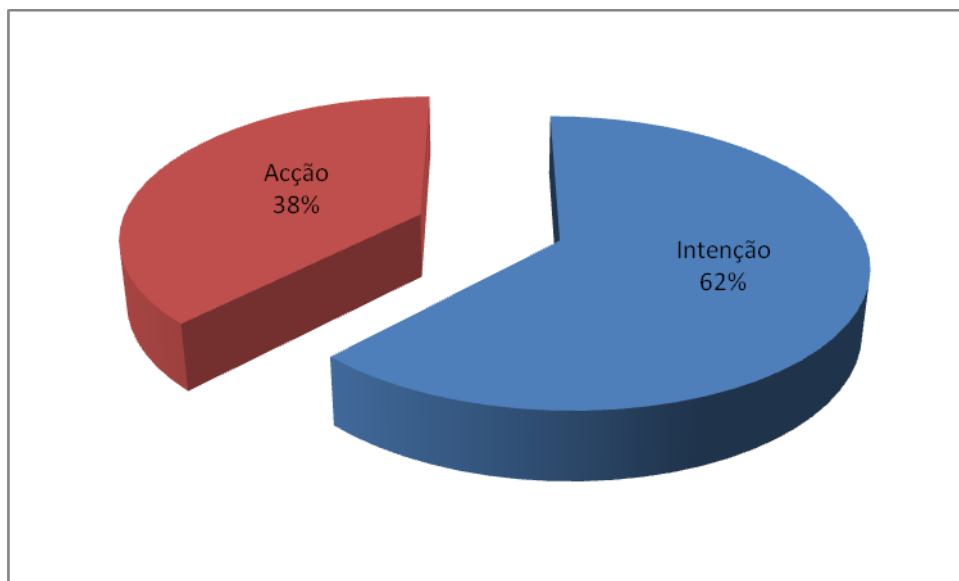


Gráfico nº 13 – Distribuição das unidades de enumeração por cada subcategoria da categoria comportamento



Assim, relativamente à categoria comportamento e analisando o Quadro nº 24, Gráfico nº 12 e Gráfico nº 13, verificamos que a subcategoria mais referenciada foi a “intenção” com 28 unidades de enumeração, correspondendo a 62,5% das unidades de enumeração desta categoria (14,0% do total), seguida da subcategoria “acção” com 17 unidades de enumeração equivalendo a 37,8% (8,5% do total), num total de 45 unidades de enumeração.

Confrontando outros trabalhos, subjacentes ao nosso estudo, voltámos à análise, de forma pormenorizada, de cada subcategoria da categoria “comportamento”,

5.2.3.1 - Subcategoria Comportamento/Intenção

Relativamente a esta subcategoria “Intenção” da categoria comportamento, podemos aferir através do Quadro nº 24, Gráfico nº 12 e Gráfico nº 13 apresentado anteriormente, que num total de 28 unidades de enumeração, esta subcategoria foi expressa em oito das dez entrevistas realizadas, perfazendo uma média de 2,8 citações por pessoa.

Perante a dependência no autocuidado para andar, os participantes explicaram essencialmente os seus planos, estratégias iniciais para manter as suas actividades de vida diárias e habituais, revelando a intenção de continuar a fazer o plano de reabilitação, assim como, ter a máxima precaução, segurança aquando do andar. O que vai de encontro ao estudo de Jacelon (2010) onde “os participantes foram muito conscientes dos desafios da sua mobilidade. Todos, tinham uma rotina de exercícios regulares e desenvolveram estratégias para se mover no seu ambiente, para se adequarem ao seu estilo de vida” (p.8). Por outro lado, os participantes do estudo de Young & Resnick (2009), sugeriram a outros para "Terem muito cuidado com a recuperação e seguirem todas as instruções de segurança da equipa de saúde" (p. 115).

Algumas das expressões que demonstraram a intenção dos participantes foram:

Quadro nº 25 – Subcategoria Intenção – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Comportamento	Intenção	E4	89	<i>“Tenho, tenho muito cuidado e tenho que ter ainda mais cuidado para andar. Se eu for hoje andar, amanhã também vou querer. Tenho de ter cuidado no andar com a calçada que é irregular (tem as raízes das árvores).”</i>
		E4	84	<i>“Eu penso fazer assim: Quando eu andar lá por baixo (Funchal) ando sozinha. Mas nos primeiros tempos eu irei com ele (marido). Todos os dias vou do Rua de casa ao Campo da Barca, depois vou tomar o pequeno almoço ao Pingo Doce. (...)”</i>

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
		E2	41	<i>“Em casa, desço no elevador, com um familiar... Desço no elevador e depois vou andando, aquilo é chãozinho...”</i>
		E8	22	<i>“Quero ficar boa, quero andar para me governar, que eu estava habituada a fazer a minha vida, cozinhar, limpar a casas, engomar, lavar janelas, lavar a roupa, estender a roupa...”</i>
		E8	42	<i>“Vou ter todo o cuidado para andar”</i>
		E4	65	<i>“Vou tomar o máximo cuidado para não voltar a cair.”</i>
		E3	66	<i>“A intenção é fazer a recuperação, tal como eles mandam. Fazer o possível de acordo com o que eles me estão ensinando. Depois ir para casa e continuar a recuperação e depois, viver a vida, como ela é.”</i>
		E10	19	<i>“Eu tenho muita vontade de andar. Eu vou fazer tudo para voltar a andar.”</i>
		E2	9	<i>“Para ficar boa, pretendo fazer o tratamento.”</i>
		E2	304	<i>“Sim, vou fazer sempre por mim própria, para andar”</i>

5.2.3.2 - Subcategoria Comportamento/Ação

Ainda, conforme podemos verificar, através da leitura do Quadro nº 24, Gráfico nº 11 e Gráfico nº 12, apuramos 17 unidades de enumeração na subcategoria “comportamento/acção”. Esta mesma subcategoria foi expressa em nove das dez entrevistas realizadas, perfazendo uma média aproximada de 1,7 citações por pessoa.

Nesta subcategoria “acção” relativa à dependência no autocuidado para andar surgiram citações de comportamentos referentes à própria acção de andar, essencialmente associados às actividades de vida, mover-se e à higiene pessoal. O que

vai de encontro ao estudo de Pownall (2004), quando cita Ensberg *et al.* (1993) e Fox *et al.* (1998), referindo que “a ênfase inicial da reabilitação deve estar no andar e nas actividades de vida diária, por exemplo, transferência, tomar banho, vestir-se e higiene pessoal. O equilíbrio e o andar são componentes essenciais da mobilidade e são indicadores úteis na avaliação da independência funcional” (p.155).

Algumas das acções foram evidenciadas nas seguintes citações:

Quadro nº 26 – Subcategoria Acção – unidades de registo (exemplos)

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo
Categoria Comportamento	Acção	E7	28	<i>“Puseram-me no andartil, puz-me em pé. Não me aguentava. No segundo dia já senti um pouco melhor. E Hoje já foi melhor.”</i>
		E6	42	<i>“Já andei nas passadeiras, mas não posso fazer muito. Já dei uns passinhos nos ferros, uma perna à frente e outra atrás, devagarinho.”</i>
		E9	50	<i>“Depois da operação para andar faço com o andartilho, mas sempre com alguém.”</i>
		E3	32	<i>“com o andartilho já fui até à janela. Hoje também já me levantei e fiz igual.”</i>
		E8	12	<i>“Eu fui com o andartilho, acompanhada pela sr^a enfermeira para o banho. Ela ajudou-me a colocar-me na cadeira e depois tomei o banho.”</i>

5.2.4 - Análise de asserção avaliativa da variável em estudo

Após a apresentação e análise dos dados referentes à análise de conteúdo da variável em estudo, a atitude, nas suas várias categorias e subcategorias, face à dependência no autocuidado para andar, neste subcapítulo apresentámos a sua análise de asserção avaliativa.

A análise de asserção avaliativa da variável em estudo desenvolveu-se em várias fases, conforme preconizado por Bardin (2008). A primeira, foi identificar o **objecto de atitude**, que no âmbito deste estudo consistiu na dependência no autocuidado para andar. Atendendo que este processo de dependência é todo ele um processo dinâmico, na dicotomia de dependência/independência, ou seja, um processo diligente na manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar, averiguamos todos os enunciados/expressões (analisados das unidades de registo e unidades de enumeração, da análise de conteúdo). Destes foram seleccionados os que continham conteúdo avaliativo (proposições avaliativas) e inerente ao objecto de atitude: dependência no autocuidado para andar.

Posteriormente, numa segunda fase, tendo sempre como referência a técnica de análise (análise de asserção avaliativa) segundo Bardin (2008), extraímos das proposições avaliativas os **conectores verbais** e os termos avaliativos com significação comum (**qualificadores**), utilizando como suporte o software NVIVO7®. Para cada um destes itens, procedemos a uma avaliação, ou seja, uma codificação da direcção e da intensidade, dos conectores verbais e qualificadores, numa escala de sete pontos (de -3 a +3; ver Figura nº 3).

No sentido de calcularmos o nível de favoritismo e/ou desfavoritismo do objecto de atitude, calculámos o produto entre as codificações do conector verbal e o qualificador de cada enunciado/expressão.

A título exemplificativo demonstramos no quadro seguinte a aplicação da técnica, cujo detalhe, está em anexo.

Quadro nº 27 – Demonstração de exemplos da técnica de análise de asserção avaliativa, da variável em estudo

Categoria / Subcategoria		Entrevista [E1-E10]	Parágrafo	Unidade de Registo		
		Conector verbal	Qualificador	Codificador: Conector verbal	Codificador: Qualificador	Produto: Conector verbal x Qualificador
Categoria Afectiva	Esperança / Expectativa	E10	15	“Estou desejando de ver isto (dependência no autocuidado para andar) a melhorar.”		
		“desejando de ver”	“a melhorar”	2	2	4
	Medo	E10	28	“Perante esta situação, o que sinto? É Horrível!”		
		“É”	“Horrível!”	3	-2	-6
	Insegurança	E3	81	“É necessário muito cuidado.”		
		“É necessário”	“muito cuidado.”	3	3	6
Categoria Cognitiva	Opinião	E2	246	“Autocuidado para andar é a força de vontade, energia, procurar energia para andar.”		
		“é”	“a força de vontade, energia, procurar energia para andar.”	3	2	6

Utilizando o software NVIVO7® para a codificação e a folha de cálculo Microsoft Office Excel 2007 para síntese dos resultados, analisámos e recodificámos um total de 129 expressões contendo os termos avaliativos com significação comum (qualificadores) e os conectores verbais.

Apesar de termos 200 unidades de registo, alvo da análise de conteúdo, nem todos enunciados/expressões tinham natureza avaliativa da própria atitude: dependência no autocuidado para andar. Por exemplo, expressões como: “com o andarilho já fui até à

janela”; “*Eu sei que não posso trocar a perna*”; ou “*Para andar, o pé esquerdo à frente (doente) e depois o pé direito atrás.*”, são expressões que não podem ser consideradas proposições avaliativas, porque como podemos constatar não avaliam, nem qualificam, são expressões correspondentes a factos, relevantes nas categorias “comportamento”, subcategoria “acção” e as duas últimas expressões na categoria “cognitiva”, subcategoria “pensamento/ideia”.

No Quadro nº 28 podemos constatar sumariamente a análise de asserção avaliativa da variável em estudo, por cada categoria e subcategoria da atitude. Ou melhor, podemos visualizar o somatório dos enunciados/expressões avaliadas por cada categoria/subcategoria, perfazendo, como já referimos, um total de 129 enunciados/expressões.

A coluna “Produto: Conector verbal x Qualificador” do Quadro nº 28 apresenta o resultado do produto do conector verbal pelo qualificador, das avaliações atribuídas (na escala de 7 pontos [-3 a + 3]) aos conectores verbais e qualificadores, para a totalidade das expressões por categoria / subcategoria (numerador da fórmula seguinte). O valor obtido depende do número de expressões existentes nessa subcategoria por um lado e pela direcção / intensidade das avaliações respectivas, por outro.

O resultado da codificação da análise de asserção avaliativa, por categoria / subcategoria, foi igualmente apresentado na coluna “Codificação na escala de 7 pontos [-3 a +3] do Quadro nº 28. O resultado médio do objecto da atitude (dependência no autocuidado para andar), na escala de 7 pontos foi obtido pela aplicação da seguinte fórmula, tal como descrito por Bardin (2008):

$$\text{ResultadoMédioObjectoAtitude} = \frac{\sum \text{ConectorVerbal} * \text{Qualificador}}{N^{\circ} \text{Temas Registrados} * \text{AmplitudeEscala}}, \text{ em}$$

que o nº de Temas Registrados corresponde às proposições avaliativas para essa categoria/subcategoria ou total (129) e a Amplitude da Escala é 3 (três) ou seja de -3 a +3.

O resultado da codificação, isto é, o nível de favoritismo e/ou desfavoritismo do objecto de atitude por categoria e subcategoria é assim de 0,95 pontos numa escala de sete pontos, o que corresponde a uma atitude tendencialmente favorável e/ou positiva, num grau de intensidade de cerca de um ponto.

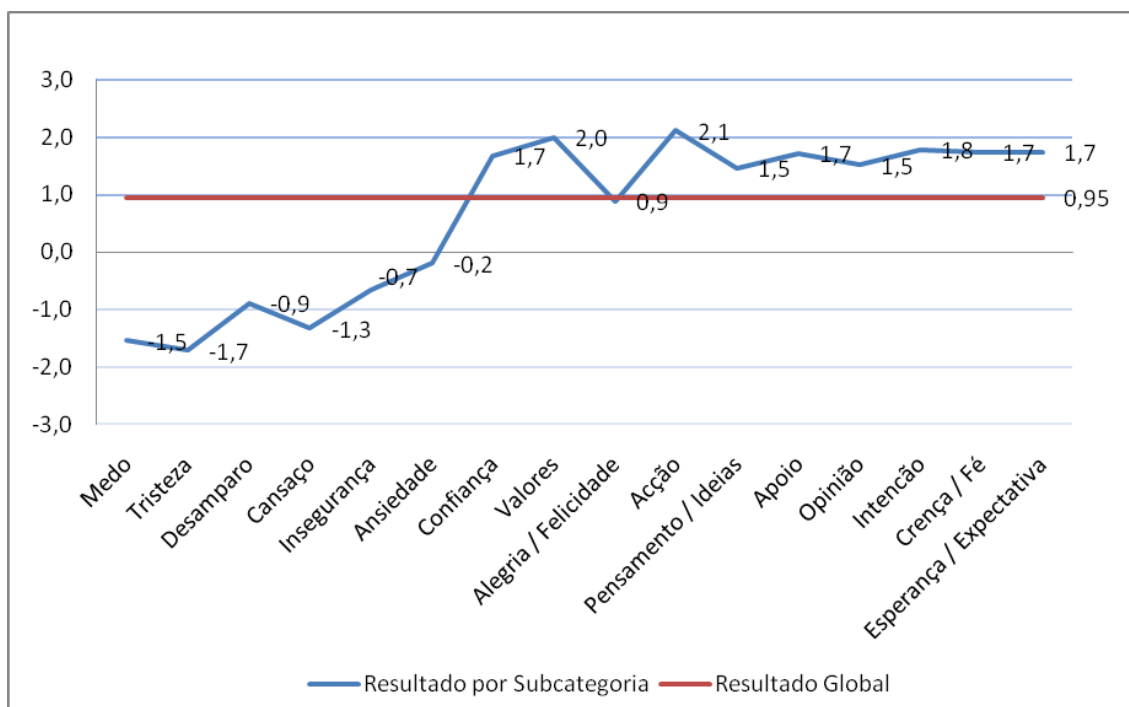
Quadro nº 28 – Análise de asserção avaliativa da variável em estudo, por categoria e subcategoria da atitude

Categoria	Subcategoria	Enunciados / Expressões Avaliadas (Fi)	Produto: Conector verbal x Qualificador	Codificação na escala de 7 pontos [-3 a +3]	
Categoria	Sentimentos	Tristeza	7	-36	-1,71
		Medo	11	-51	-1,55
		Cansaço	1	-4	-1,33
		Desamparo	6	-16	-0,89
		Ansiedade	1	-2	-0,67
		Insegurança	5	-3	-0,20
		Confiança	2	10	1,67
		Apoio	7	36	1,71
		Esperança / Expectativa	21	109	1,73
		Alegria / Felicidade	3	19	2,11
		Valores	2	12	2,00
		65	71	0,36	
Categoria Cognitiva	Pensamento / Ideias	8	35	1,46	
	Opinião	13	59	1,51	
	Crença / Fé	17	91	1,78	
		26	113	1,45	
Categoria Comportamento	Acção	8	21	0,88	
	Intenção	17	89	1,75	
		38	185	1,62	
		129	369	0,95	

Através do Gráfico nº 14 podemos visualizar a tendência da atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, com maior pormenor, numa escala de sete pontos [-3 a +3], por cada subcategoria da atitude.

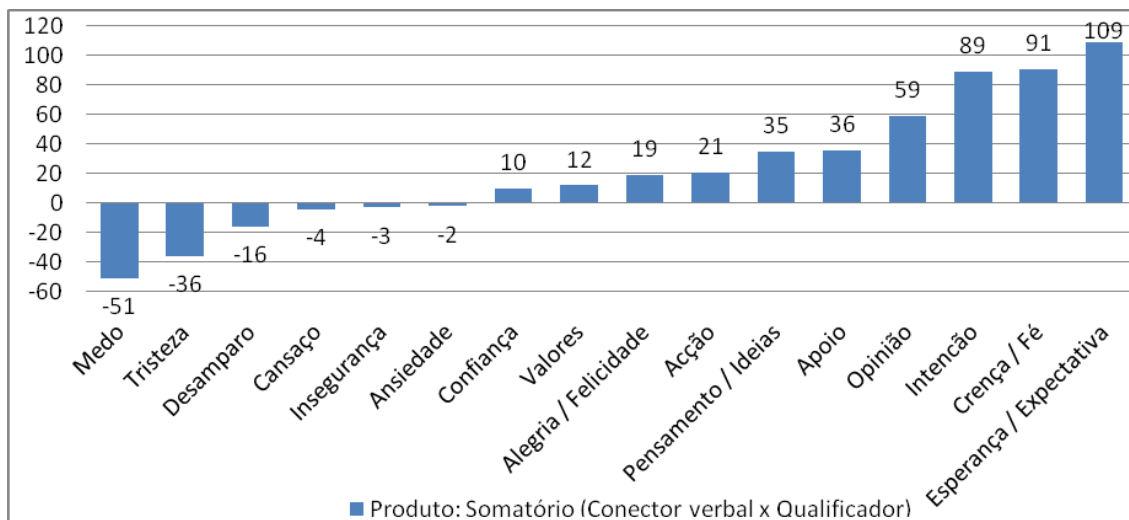
Constatámos assim que para a obtenção do resultado de 0,95 pontos, contribuem subcategorias com uma avaliação positiva, sobretudo: Alegria/Felicidade, Crença/Fé, Esperança/Expectativa, por um lado, e com avaliação negativa, principalmente: Tristeza, Medo e Desamparo por outro.

Gráfico nº 14 – Análise de asserção avaliativa: Codificação na escala de 7 pontos [-3 a +3], por subcategoria da atitude



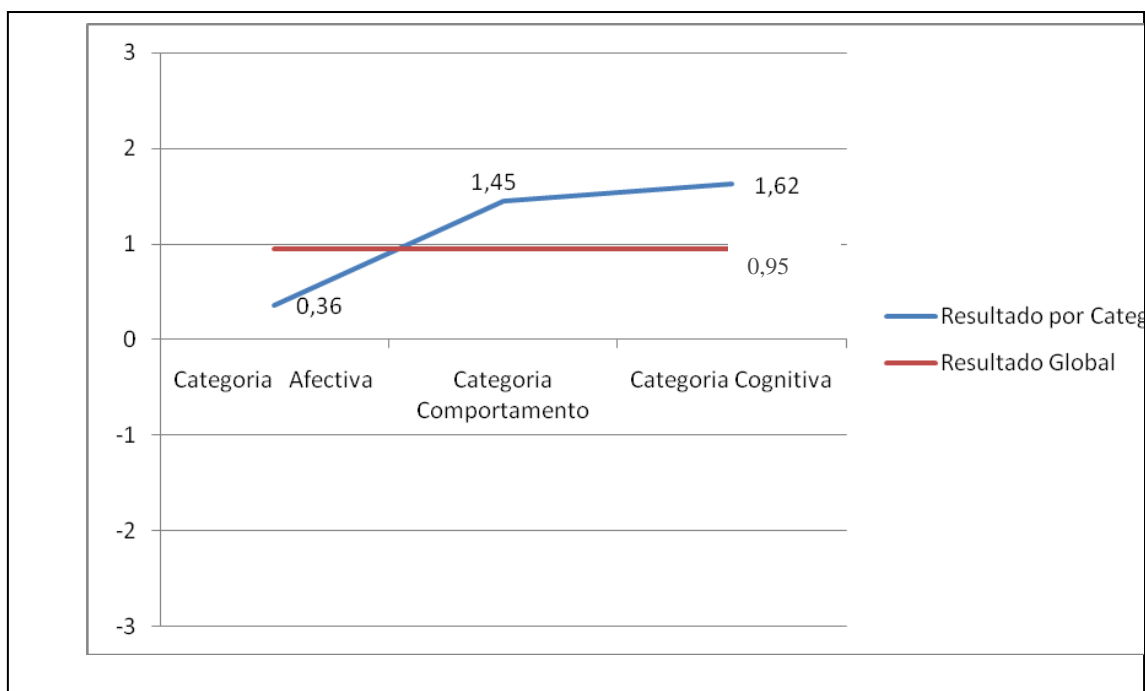
Considerámos pertinente apresentar o Gráfico nº 15, no sentido de ilustrarmos que a codificação atribuída ao conjunto dos enunciados/expressões correspondentes a cada subcategoria da atitude, com toda a inerência da subjectividade dessa mesma codificação pelo investigador e não ser sujeita a uma segunda recodificação por outro ou outros investigadores externos (limitação do estudo), correspondeu ao expectante. Ou seja, todos os sentimentos de emoção negativa (medo; tristeza; desamparo, cansaço, insegurança, ansiedade) surgiram com um somatório de codificação negativo.

Gráfico nº 15 – Análise de asserção avaliativa (codificação: dos conectores verbais e qualificadores), por subcategoria da atitude



Em contrapartida, também considerámos interessante e curioso apresentármos o Gráfico nº 16, com os mesmos dados do Gráfico nº 14, mas sistematizados por categoria da variável em estudo também na escala de sete pontos [-3 a +3].

Gráfico nº 16 – Análise Avaliativa: Resultado na escala de 7 pontos [-3 a +3], por categoria da atitude e resultado global



A categoria afectiva, com 0,36 pontos na escala de [-3 a +3] obteve a classificação mais baixa, seguindo-se a categoria comportamento (1,45) e a categoria cognitiva (1,62). Este facto poderá justificar-se por ser nesta categoria, em especial na subcategoria sentimentos/emoções, que se verificam tanto avaliações positivas/favoráveis como negativas/desfavoráveis (ver Gráfico nº 14), sendo o resultado positivo.

O somatório de codificação das três categorias é positivo, o que reforça a tendência da atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, como uma atitude favorável e/ou positiva, num grau de intensidade de cerca de um ponto (0,95).

6 - CONCLUSÃO

Neste capítulo apresentamos os principais resultados da nossa investigação, face ao desafio a que nos propusemos, o de descrever a **“Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur”**. Neste contexto optámos por organizar este trabalho, do tipo exploratório-descritivo, de nível I, em três fases distintas.

A primeira fase (conceptual) constituiu numa apreciação conceptual que compreendeu o enquadramento no domínio da pesquisa, as questões de investigação e a definição do problema. Descrevemos também estudos realizados neste domínio, segundo autores como: Dorothea Orem (1983), Sidani (2003), Meleis (2007); Baixinho (2008), Oliveira (20008a, 2008b), Young & Ressnick (2009), Jacelon (2004, 2010), entre outros, de forma a que pudéssemos ter conhecimento dos resultados dos mesmos, embora escassos, para posteriormente confrontarmos com os deste estudo. Por fim, procedemos à definição do quadro conceptual baseado em Sanmarti (1988), Neto (1998), Paúl & Fonseca (2005) e outros, com o objectivo de organizar as ideias e os conceitos e nos fornecer referências para interpretação dos resultados.

Na segunda fase (metodológica), identificámos as variáveis de acordo com a natureza e tipo do estudo, procedemos à determinação da amostra baseando-nos em critérios preestabelecidos (idosos situados na faixa etária acima de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente; com fractura da extremidade proximal do fémur, submetidos a uma intervenção cirúrgica; apresentando dependência no

autocuidado para andar, entre outros critérios de inclusão), composta por dez participantes, tendo por base o método de amostragem não probabilística acidental.

Como procedimento, ou seja, técnica de recolha de dados, utilizámos a entrevista semi-estruturada, sendo suportada por um instrumento de colheita de dados estruturado, constituído essencialmente em duas partes distintas. A primeira parte, por questões fechadas, através das quais foram caracterizados os participantes em estudo. A segunda parte, mediante a questão principal, foi constituída por questões abertas e orientadoras, no sentido de descrever a atitude (variável em estudo; componentes: cognitiva, comportamento e afectiva, de acordo com a definição conceptual) do idoso face à dependência no autocuidado para andar. Relativamente aos autores em que nos baseamos metodologicamente foi essencialmente nos pressupostos de Polit & Hungler (1995), Strubert & Carpenter (1999), Amado (2000), Burns & Grove (2001), Fortin (2003), Bardin (2008), Vala (2009). Estes dois últimos autores foram usados como referência de base para o tratamento da análise dos dados colhidos (técnica de análise de dados da variável em estudo: análise de conteúdo e análise de asserção avaliativa).

A terceira fase (empírica), incluiu a apresentação da análise dos dados colhidos, discussão dos resultados, conclusões, sugestões, limitações e dificuldades sentidas.

Assim ao chegar ao fim do trabalho de investigação, salientamos as principais conclusões do tema em estudo:

Os participantes da nossa amostra, são predominantemente do género feminino, **80%**, encontram-se numa média de idade de **79,5** anos e **60%** da amostra apresentou como habilitações literárias o 1º Ciclo. Outros dados sociodemográficos foram: metade da amostra (**50%**) correspondia ao estado civil, viúvo; **100%** tinha como religião católica, assim como, **100%** estava em situação de reforma; **50%** considerou a sua situação económica como razoável e **70%** viviam acompanhados por familiares.

Dos participantes que compuseram a nossa amostra, **100%** admitiram possuir pelo menos uma “fonte” de apoio/ajuda, antes do acontecimento (admissão urgente, por fractura da extremidade proximal do fémur). Quanto à vivência e/ou experiências

peçoais passadas e semelhantes à sua própria problemática actual, **70%** dos participantes revelou tê-lo vivenciado.

Relativamente à caracterização física, mais concretamente ao IMC, a média dos participantes correspondeu a uma média de **24,5 Kg/m²**, equivalendo a índices de “normalidade”, segundo a classificação de IMC adaptada para idosos, pelo autor Lipschitz (1994).

Perante o grau de independência/dependência nas actividades de vida diárias, a amostra **90%**, encontra-se numa média 54,0 pontos no nível de “dependência grave”, de acordo com escala de avaliação funcional o Índice de Barthel.

Analisando cada uma das categorias da variável em estudo (**Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur**), podemos constatar que não houve grandes divergências a nível dos resultados, quando comparados com as diversas referências bibliográficas, embora escassas, sobre a temática afim.

Identificámos 200 unidades de enumeração, sendo 97 (48,5%) da categoria afectiva; 58 (29,0%) da categoria cognitiva e 45 (22,5%) da categoria comportamento.

Na **categoria afectiva**, a subcategoria mais referenciada foi a Sentimentos/Emoções – Esperança/Expectativas, com 25 unidades de enumeração (25,77%), reportando-se essencialmente a expectativas de recuperação da situação de dependência no autocuidado para andar, confiando em si, nos outros e no futuro. Também, uma das subcategorias mais referenciada: Sentimentos/Emoções – Apoio, com 20 unidades de enumeração (20,62%), foi reconhecido o apoio facilitado pela família e/ou profissionais de saúde. A subcategoria Sentimentos/Emoções – Medo, também foi uma das subcategorias mais referenciadas com 10 unidades de enumeração (10,31%), especialmente manifestado pelo receio de contrair novas quedas. Outras subcategorias, de semelhante percentagem em termos de unidades de enumeração, também surgiram: Sentimentos/Emoções – Desamparo (8,25%), Tristeza (8,25%) e Insegurança (6,19%), emoções de ordem negativas, manifestas essencialmente perante a situação de dependência no autocuidado para andar. Em contrapartida outras expressões surgiram: Sentimentos/Emoções – Satisfação (8,25%), Confiança (4,12%) e Alegria/Felicidade

(3,09%), traduzidos essencialmente com o ganho da potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar. Com menor expressão, mas de igual percentagem (1,03%) surgiram as subcategorias: *Sentimentos/Emoções – Cansaço e Ansiedade*, manifestadas no sentido de desgaste físico e com a espera da data da cirurgia.

Na subcategoria *Valores*, embora expressa com três unidades de enumeração, correspondeu a hábitos já adquiridos, assim como, a práticas culturais e princípios morais, no respeito por si próprio e pelos outros.

No que se refere à **categoria cognitiva**, foram incluídos: *crenças, pensamentos/ideias* e *opinião*. A subcategoria *crenças*, correspondeu à maior percentagem de unidades de enumeração (41%), pois essencialmente a crença e a fé num Ser Supremo, Divino, a devoção a Deus, foi algo que os participantes revelaram como um factor importante para a reabilitação da sua capacidade funcional de andar,

As unidades de enumeração referentes à subcategoria *pensamentos/ideias* (33%) incidiram essencialmente sobre os cuidados a ter na manutenção e potencialização da recuperação funcional da dependência no autocuidado para andar.

E a subcategoria *opinião* (26%), recaiu essencialmente sobre a importância de manter cuidados individuais de saúde, ou seja, hábitos de vida saudáveis, no sentido de manter a saúde geral e continuar a andar.

Por fim, na **categoria comportamento** foram incluídos as subcategorias: *intenção* (62,2%) e *acção* (37,8%). Os participantes explicaram essencialmente os seus planos, estratégias iniciais para manter as suas actividades de vida diárias habituais, revelando a intenção de continuar a fazer o plano de reabilitação, assim como, ter a máxima precaução e segurança aquando do andar. Na subcategoria “acção” relativa à dependência no autocuidado para andar, surgiram citações de comportamentos referentes à própria acção de andar, essencialmente associados às actividades de vida diárias, mover-se e à higiene pessoal.

O resultado da codificação da **atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fractura da extremidade proximal do fémur**, obtido pela análise de asserção avaliativa, foi de 0,95 pontos numa escala de favoritismo / desfavoritismo de sete pontos [-3 a +3], o que corresponde a uma

atitude tendencialmente favorável e/ou positiva, num grau de intensidade de cerca de um ponto.

No decorrer deste estudo sentimos algumas limitações, nomeadamente: a escassez de estudos realizados por outros autores, directamente relacionados com este problema de investigação; o tamanho da amostra e a não generalização dos resultados; e a recodificação referente à análise de asserção avaliativa da variável em estudo, não ter sido objecto de validação por um júri.

Contudo, também este trabalho não foi isento de dificuldades, tais como a nossa inexperiência nesta área de análise de dados e na utilização da ferramenta informática de suporte à análise de conteúdo.

Apesar destas limitações e dificuldades consideramos que este estudo foi de grande importância. A realização deste trabalho foi gratificante, pois contribuiu para desenvolvermos uma sensibilidade que nos conduzirá a uma prática reflexiva e de qualidade, no contexto da prática clínica, formativa ou em novos estudos de investigação.

Acreditamos nas implicações dos resultados obtidos neste estudo, ao nível da investigação, da prestação de cuidados de enfermagem, da formação e na gestão de cuidados.

Sugerimos que **futuras investigações** incidam na identificação das reais necessidades dos utentes idosos com dependência no autocuidado para andar em cuidados de enfermagem, assim como, no conhecer melhor a participação destes no processo de prestação de cuidados de enfermagem, com vista a potenciar a sua recuperação, ou seja, a promoção do seu autocuidado.

A nível da **prestação de cuidados** de saúde, os enfermeiros, estando numa posição privilegiada de proximidade com o utente e conhecendo a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, poderão contribuir para que estes reencontrem ou readquiram as capacidades que perderam e reaprendam a utilizá-las, através duma relação de ajuda específica e dinâmica. Com isto, os utentes poderão adquirir autonomia, atenuar os efeitos que advêm dessas perdas e desenvolver uma

melhor qualidade de vida e bem-estar. Para tal, será fundamental a **formação** específica nesta área de actuação, promoção do autocuidado, nos três níveis de actuação.

A implementação de medidas de **gestão** mais adequadas por exemplo: programas multidisciplinares de informação, ensino e orientação, destinados a utentes submetidos a este tipo de cirurgia ortopédica; espaços físicos e horários de trabalho facilitadores para a continuidade dos cuidados de saúde, permitirão aos enfermeiros desenvolverem estratégias de intervenção, inculcando no utente idoso uma atitude ainda mais positiva, ajudando-o a encontrar sentido para a vida, a aceitar as perdas e a planear o futuro.

Em suma, estamos convictos que as sugestões apresentadas visam a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e proporcionar-lhes-ão melhor sucesso nesta transição de vida.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, S. *et al.* (2007). Epidemiologia das Fracturas do Fémur em Portugal. Fracturas do Colo do Fémur versus Fracturas de Outras Localizações Não Especificadas do Fémur. *Arq Med.* [online]., 21, 77-81. [Consulta: 17 Janeiro 2009]. Scielo Portugal. URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n3-4/21n3-4a02.pdf>
- Amado, J. S. (Novembro, 2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- Arinzon, Z. *et al.* (2010). Gender differences influence the outcome of geriatric rehabilitation following hip fracture. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50, 86-91 [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: journal homepage: www.elsevier.com/locate/archger
- Backeman, K. & Hentinen, M (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (3), 564-572.
- Baixinho, C. R. S. L. (Dez., 2008). Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática de literatura. *Referência*. IIª Série, 8, 79-86
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4ªed.). Lisboa: Edições 70
- Barnes, B. & Dunovan, K (Setembro, 1987). Functional Outcomes After Hip Fracture. *Physical Therapy*, 67.(11), 1675-1679. [Consulta: 17 de Janeiro 2009]. URL: <http://ptjournal.apta.org/content/67/11/1675.full.pdf>
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Birou, A. (1977). Atitude. In *Dicionário das Ciências Sociais*. (p.39). Lisboa:

Publicações Dom Quixote

- Branco, J. C., Felicíssimo, P. & Monteiro, J. (Jul. – Set., 2009). A Epidemiologia e o Impacto Sócio-Económico das Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur. Uma reflexão sobre o padrão actual e tratamento da Osteoporose grave. [Artigo de Revisão]. *Acta Reumatologica Portuguesa. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*. 34 (3). 475-85. [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/41/1/Acta%20Reumatol%20Port.%202009%20Jul-Sep%3b34%283%29475-85.pdf>
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing, Research Conduct, Critique & Utilization* (4ªed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência
- Christiansen, C. H. & Ottenbacher, K. (1993). Avaliação e gerenciamento das necessidades de cuidados pessoais diários. In Susan B. O'Sullivan & Thomas J. Schmitz, *Fisioterapia Avaliação e Tratamento* (p.145-171). São Paulo: Manole.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 2.0. Versão electrónica URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência
- Foster, P.C. & Bennett, A. M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. B. George (4ª ed.), *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional* (p.83-.101). Porto Alegre: Artmed.
- Gauquelim, M. F. *et al.* Atitude. In *Dicionário de Psicologia. As Ideias, as Obras, os Homens*. (p. 79-80).Lisboa: Verbo

- Guccione, A. A., Cullen, K. E. & O'Sullivan, S. B. (1993). Avaliação Funcional. In Susan B. O'Sullivan & Thomas J. Schmitz, *Fisioterapia Avaliação e Tratamento* (p.251-269). São Paulo: Manole.
- Holt, G. *et al.* (2008). Outcome After Surgery for the Treatment of Hip Fracture in the Extremely Elderly. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 90, 1899-1905. [Consulta: 17 de Janeiro 2009], URL: http://medicine.tums.ac.ir/fa/Users/ramin_espandar/journal%20club%207,87/Outcome%20After%20Surgery%20for%20the%20Treatment%20of%20Hip%20Fracture%20in%20the%20Extremly%20Elderly.pdf
- Ingemarsson, A. H. *et al.* (Março, 2003). Walking Ability and Activity level after hip fracture in the elderly – a follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 35(2), 76-83. [Consulta: 17 de Janeiro 2009]. URL: <http://jrm.medicaljournals.se/files/pdf/35/2/76-83.pdf>
- Jacelon, C. S. (January/February, 2010). Maintaining the Balance: Older Adults with Chronic Health Problems Manage Life in the Community. *Rehabilitation NURSING*. 35, 1, 16-22.
- Jacelon, C. S. (Novembro, 2004). Older Adults and Autonomy in Acute Care. Increasing Patients' Independence and Control During Hospitalization. *Journal of Gerontological Nursing*. 30 (11), 29-36. [Consulta: 17 de Janeiro 2009], EBSCOhost. URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15575189&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Jongjit, J. *et al.* (Setembro, 2003). Health-Related Quality of Life After Hip Fracture in the Elderly Community-Dwelling. 34, 3, 670-674. [Consulta: 17 de Janeiro 2009]. URL: http://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2003/34_3/36-3077.pdf
- Lage, I. (Janeiro, 2005). Saúde do idoso – O problema da dependência. *Nursing*, 195, 07-12.
- Leal, V. C. T., Andrade, E. F. A. e Queiroz, J. T. (2006). A Influência das Experiências Sociais na Atitude dos Idosos em Relação ao Envelhecimento. [Dissertação]. Brasil:

- Universidade Federal de Pernambuco. [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_272.pdf
- Leyens, J. P. & Yzerbyt, V. (2004). *Psicologia Social*. Lisboa: Edições 70
- Lin, P. & Chang, S. (16 de Fevereiro, 2004). Functional Recovery Among Elderly People One Year After Hip Fracture Surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 12(1), 72–81 EBSCO
- Lipschitz, D.A. (1994). *Screening for nutritional status in the elderly*. *Primary Care*, 21(1): 5567.
- Melais, A. I. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mesquita, R. & Duarte, F. (1996). *Psicologia Geral e Aplicada*. Lisboa: Plátano Editora.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Oliveira, J. H. B. (2008a). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (3ª ed). Porto: Livpsic
- Oliveira, J. H. B. (2008b). *Psicologia do Idoso. Temas Complementares*. Porto: Livpsic
- OMS (Abril, 2002). [online]. *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento Estratégia Internacional de Acção sobre o Envelhecimento*. [Consulta: 30 Junho 2008]. URL: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/>.
- Ordem dos Enfermeiros (26, Abril, 2006). *Tomada de posição sobre Investigação em Enfermagem*. [Conselho Directivo]. Lisboa. [Consulta on-line: 30 de Junho 2008]. URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abril2006.pdf
- Orem, D. E. (1983). *Normas Práticas en Enfermería*. Madrid: Piramide, S.A.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi

- Paulo Felicíssimo (27 e 28 de Novembro, 2009). *Prevenção secundária da fractura osteoporótica. Vale a pena investir?* Comunicação apresentada no evento: 1º Congresso Nacional sobre Fracturas Osteoporóticas. Lisboa [Consulta: 10 Junho 2010]. URL: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/41/1/Acta%20Reumatol%20Port.%202009%20Jul-Sep%3B34%283%29475-85.pdf>
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS
- Petronilho *et al.* (Janeiro, 2010). Caracterização do doente após evento crítico. Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, 88, 41 - 47.
- Pimenta, C. A. M & Cruz, D. A. L. M. (2006). Crenças em dor crónica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (3), 365-373. [Consulta: 30 de Junho 2008], URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/263.pdf>
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal. Assembleia da República (12 Agosto, 2005). Constituição da República Portuguesa. Lei Constitucional n.1. *Artigo 72 (Terceira idade)*. [Consulta: 30 de Junho 2008]. URL: <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde (14 Out., 2003a). [online]. *Orientações Técnicas DGS: Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica*. [Consulta: 30 de Junho 2008]. URL: <http://www.dgs.pt/>
- Portugal, Ministério da Saúde (14 Jun. 2003b). [online]. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor Circular*. Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: <http://www.dgs.pt/>
- Portugal, Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [Saúde no Ciclo de Vida; Envelhecimento Activo; Programas e Projectos]*. Circular Normativa Nº 13/DGS/DGCG de 02/07/2004. Editado pela DGS em 2006.. [Consulta: 30 de Junho 2008]. URL: <http://www.dgs.pt/>

- Portugal, Ministério da Saúde (2008). *Circular informativa: Orientação técnica sobre suplemento de Cálcio e Vitamina D em pessoas idosas*. nº 13/DSCS/DPCD/DSQC de 01 de Abril de 2008 [Consulta: 10 Junho 2010]. URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009645.pdf>
- Portugal, Região Autónoma da Madeira (17, Março 2010). *Demografia em Foco. Análise de resultados*. Direcção Regional de Estatística da Madeira. [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php?option=com_wrapper&Itemid=170
- Portugal, Região Autónoma da Madeira (2009). *Plano Gerontológico da Madeira “Viver mais, Viver Melhor 2009/2013”*. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. [Consulta: 10 de Junho 2010]. URL: <http://pt.calameo.com/read/0001700993a258c44bf30>
- Powanall, Emma (2004). Using a patient narrative to influence orthopaedic nursing care in fractured hips. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 151-159. [Consulta: 10 de Junho 2010], URL: [http://www.supervisionandcoaching.com/images/page5/Button%20-%20Writing%20Resources/New%20Writers%20Award%20JON%20Winner%20\(Emma%20Pownall%202004\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/images/page5/Button%20-%20Writing%20Resources/New%20Writers%20Award%20JON%20Winner%20(Emma%20Pownall%202004).pdf)
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI (Janeiro, 2010). Relatório de actividades [Slide nº 34]. [Consulta: 10 Junho 2010]. URL: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/AnexosDiagnosticoII.pdf>
- Resnick, B. *et al.* (Julho/Agosto, 2007). The relationship between psychosocial state and exercise behavior of older women 2 months after hip fracture. *Rehabilitation Nursing*, 32 (4), 139-149.
- Robinson, S. B. (1999). Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (6), p.1341-1348
- Sanmartí, L. S. (1988). *Educacion Sanitaria, Principios, Métodos y aplicacione*. Madrid: Ediciones Dias de Santos.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto
- Sidani, S. (2003). Self-Care. In Diane M. Doran. *Nursing – Sensitive Outcomes, State of*

the Science (p. 65-113). Toronto: Jones and Bartlett Publishers

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Âmbar

Strubert, H. & Carpenter (1999). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.

Vala, J. & Monteiro, M. B. (1999). *Psicologia Social* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vala, J. (2009). Análise de Conteúdo. In: A. S. Silva & J. M. Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais*. (15ª ed.; p. 101-128). Porto: Edições Afrontamento

Young, Y. & Resnick, B. (Maio, Junho, 2009). Dont'Wory, Be Positive: Improving functional recovery 1 year after hip fracture. *Rehabilitation NURSING*. 34 (3),110-117.

8 - APÊNDICIES

APÊNDICE A Folha de informação ao participante

Folha de Informação ao Participante

Identificação do Investigador: Patrícia Micaela Freitas Câmara, Enfermeira; Professora Assistente de 1º Triénio da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Contactos do Investigador: Telemóvel: 964422358

Correio electrónico: pcamara@esesjcluny.pt ou patricia.camara@gmail.com

Tema: “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar”

Âmbito do estudo: Para a obtenção do grau de Mestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, 3ª edição; Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Objectivo: Descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar.

Participantes no estudo: utentes idosos, situados na faixa etária acima de 65 anos; conscientes, com capacidade de resposta verbal coerente (capacidade de responder a perguntas como o seu nome, data de nascimento, idade, espaço onde se encontra, bem como a sua morada e o mês); com fractura da extremidade proximal do fémur (transição de vida aguda, de situação autónoma, independente para dependente; acontecimento pela primeira vez), submetidos a uma intervenção cirúrgica sem complicações no pós-operatório; no 3º ao 5º dia de internamento após data da cirurgia, após transferir-se e treinar o andar; apresentando dependência (total, grave, moderada ou ligeira, de acordo com a pontuação do Índice de Barthel) no autocuidado para andar e que aceitem participar livremente no estudo.

Seleção dos sujeitos: A amostra seleccionada, será pelo método de amostragem não probabilística accidental. Pois, a amostra será constituída por todos os sujeitos, que sejam facilmente acessíveis (internados nas unidades de serviço de ortopedia do Hospital Dr. Nélio Mendonça do SESARAM, EPE), presentes num preciso momento (durante o período de colheita de dados – Abril e Setembro 2009) e segundo os critérios de inclusão, apresentados anteriormente.

Utilidade do estudo (para os utentes, para a comunidade e para a profissão): Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e consequentemente proporcionar-lhes melhor qualidade de vida. Pois, ao descrever a atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, os enfermeiros na sua prática quotidiana procurarão estabelecer uma relação de ajuda mais adequada aos idosos no seu todo, contribuindo para que estes reencontrem ou readquiram as

capacidades que perderam ou reaprendam a utilizá-las ganhando autonomia e, atenuem os efeitos que advêm dessas perdas.

Tipo de participação que lhe é pedida: Responder a questões mediante uma entrevista semi-estruturada, que será aplicado, pelo próprio investigador, áudio-gravado entre o 3º e 5º dia de internamento após data da cirurgia, no turno da tarde após o lanche, no gabinete do Enfermeiro Chefe, noutra sala disponível ou conforme a preferência do participante. Será constituído por várias questões fechadas, com a aplicação da escala de Barthel, com o intuito de caracterizar a população em estudo e uma entrevista semi-estruturada, constituída por uma questão principal e três questões abertas com outras questões orientadoras, no sentido de colher os dados relacionados com a variável em estudo.

Tempo dispendido: O tempo necessário para responder às questões do formulário e da entrevista semi-estruturada e que será de acordo com a vontade e disponibilidade do participante.

Garantia da confidencialidade dos dados; Tratamento, armazenagem e destruição dos dados (explicando o procedimento): Todos os dados colhidos, durante e após o estudo, serão tratados de forma confidencial. Todo o material será codificado, não ficando o nome do participante registado em nenhum lado e guardado em lugar seguro, sob a responsabilidade do investigador mantendo-se assim o anonimato e confidencialidade. Logo após a discussão da dissertação os originais serão destruídos (queimados ou desfiados).

Direito a recusar ou a desistir e respeito pela mesma: No 2º dia de internamento após a data da cirurgia, toda a informação a fornecer aos participantes, será efectuada pelo investigador verbalmente, numa linguagem perceptível e adequada a cada participante. Ser-lhe-ão dadas 24 horas, para que estes reflectam, coloquem questões e peçam esclarecimentos. Assim, na mesma altura, também será fornecido aos respectivos enfermeiros responsáveis, os contactos do investigador e toda a informação a fornecer aos participantes, no sentido de estes mesmos darem continuidade ao esclarecimento de dúvidas se assim o surgir.

No dia da colheita de dados, será também fornecido um documento: “Consentimento livre e esclarecido” que o participante assinará ou não após o esclarecimento e o tempo de reflexão. Este documento, feito em duplicado, deverá ser assinado tanto pelo participante como pelo investigador estabelecendo-se assim um compromisso de honra. Será novamente lembrado ao participante que a todo o momento poderá recusar ou desistir, sem o dever de justificar a sua decisão e a garantia de que daí não lhe advém nenhum prejuízo e a garantia do investigador em manter a confidencialidade e anonimato em todo o processo da investigação, como já foi referenciado.

APÊNDICE B **Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de
colheita de dados**

Exm.º Sr. Presidente
Do Conselho de Administração Do
Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.

Patrícia Micaela Freitas Câmara, a frequentar o mestrado em Enfermagem 3ª edição da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto, no âmbito da sua dissertação sobre o tema: “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar” vem solicitar a V.ª Ex.ª a autorização para aplicar o instrumento de produção de informação (guião de entrevista, constituído por um formulário e uma entrevista semi-estruturada), a utentes idosos, situados na faixa etária acima de 65 anos, internados nas unidades de serviço de ortopedia do Hospital Central do Funchal; com dependência no autocuidado para andar e que aceitem participar livremente no estudo.

Tendo em consideração os princípios éticos, compromete-se a respeitar o direito à autodeterminação dos participantes, o anonimato e à confidencialidade dos dados colhidos. Os participantes serão devidamente informados sobre a natureza do estudo e dos cuidados éticos que serão desenvolvidos ao longo do estudo, no sentido de respeitar os seus direitos (Anexo II) e ser-lhes-á pedido consentimento escrito para participar no estudo (Anexo III).

Para um maior esclarecimento sobre o estudo em desenvolvimento envia em anexo um resumo do projecto de investigação (Anexo I), assim como, o próprio instrumento de produção de informação (Anexo IV).

Agradecendo a atenção dispensada, aguarda deferimento

Funchal, 25 de Fevereiro de 2009.

Orientação Dissertação:

Orientador:

Élvio Henriques de Jesus
Grau Académico – Doutoramento em
Ciências de Enfermagem
elvio@ordemenfermeiros.pt

Co-Orientadora:

Maria Teresa de Ornelas e Vasconcelos
A. Morna Freitas
Grau Académico – Mestre em
Ciências de Enfermagem

Contactos:

Patrícia Micaela Freitas Câmara
Av. 25 de Julho, Ed. Santa Cruz – 3 AM
9100-186. Santa Cruz. Madeira
Telemóvel: 964422358
Email: pcamara@esesjcluny.pt ou
patricia.camara@gmail.com

APÊNDICE C Autorização aplicação do instrumento colheita de dados



S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

C/C

Direcção de Enfermagem do SESARAM, E.P.E.

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

SAÍDA

S.0904709 / 5 2009/04/14

Exm^a. Senhora

Enf.^a Patrícia Micaela Freitas Câmara

Av. 25 de Julho, Ed. Santa Cruz - 3AM

9100-186 Santa Cruz

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

25.02.2009

Assunto: PEDIDO DE APLICAÇÃO DE GUIÃO DE ENTREVISTA

Relativamente ao pedido de autorização para que a aluna Patrícia Micaela Freitas Câmara, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, 3.^a Edição da Universidade Católica Portuguesa, possa aplicar guião de entrevista, constituído por um formulário e uma entrevista semi-estruturada, a utentes com idade superior a 65 anos, internados no Serviço de Ortopedia do HCF, com dependência no auto-cuidado para o andar, no âmbito da sua dissertação de Mestrado subordinada ao tema "Atitude do Idoso face à Dependência no Auto-Cuidado para Andar", informo V. Ex^a. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 14.04.2009, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Mais informo V. Exa. que, depois da sua aplicação, deverão ser enviados os dados finais da entrevista em questão ao Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

IS



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde
do
SESARAM,EPE

Parecer nº 24/2009

vi
13/4/09

O Pedido:

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Patrícia Micaela Freitas Câmara, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, 3ª Edição da Universidade Católica Portuguesa, para aplicar guião de entrevista, constituído por um formulário e uma entrevista semi-estruturada, a utentes com idade superior a 65 anos, internados no Serviço de Ortopedia do HCF, com dependência no auto-cuidado para o andar, no âmbito da sua dissertação de Mestrado subordinada ao tema "Atitude do Idoso face à Dependência no Auto-Cuidado para Andar".-

Parecer:

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Dr. Ricardo Santos, médico, Enfermeira Isabel Santos, Drª Raquel Tranquada, médica, e Drª Joana Dias, Juíza, na sua reunião de 07 de Abril de 2009, decidiu dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 08 de Abril de 2009

O Presidente da CES

(Edward Richard Maul)



APÊNDICE D Instrumento de colheita de dados

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Peso _____ Kg

4. Altura _____ m

5. IMC _____ Kg/m²

6. Estado Civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Outro

7. Habilitações Literárias

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever

1º Ciclo (até 4ºano)

2º Ciclo (até 6º ano)

3º Ciclo (até 9ºano)

Secundário (até 12ºano)

Curso técnico/profissional

Curso superior

8. Religião:

Católica

Outra Qual? _____

9. Actividade Profissional

Actual Qual? _____

Reformado

Exerceu Qual? _____

10. Como considera a sua situação económica:

Muito boa

Boa

Razoável

Má

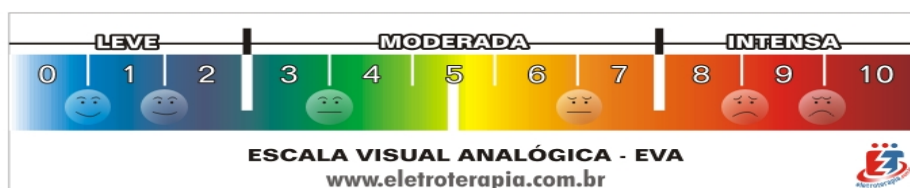
11. Coabitação

Vive sozinho Vive acompanhado Especificar grau parentesco/convivente _____

12. Quando necessita de ajuda...? A quem pede ajuda? Especifique _____

13. Tempo de internamento, antes da cirurgia ____ dias.

14. Nível de dor



15. É a primeira vez que teve uma fractura na perna? Sim Não Especificar _____

16. Já conviveu com alguém com a mesma problemática? Sim Não Especificar _____

17. Qual foi a percepção que ficou dessa situação?

Positiva Negativa Especificar _____

18. Grau de independência / dependência nas actividades de vida diária – Avaliação funcional – **Índice de Barthel**. A pontuação total de máxima independência é de 100 pontos, e a de máxima dependência é de zero. (anexo)

Alimentar-se		
Independente	10	Capaz de utilizar qualquer dispositivo necessário. Alimenta-se num tempo razoável.
Ajuda	5	Necessita de ajuda para cortar os alimentos, espalhar manteiga, etc. e necessita de adaptação de dieta.
Dependente	0	

Tomar Banho		
Independente	5	Lava-se por completo na banheira ou no chuveiro ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
Dependente	0	

Vestir-se e despir-se		
------------------------------	--	--

Independente	10	Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
Ajuda	5	Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
Dependente	0	

Higiene Pessoal		
Independente	5	Lava o rosto, as mãos, penteia os cabelos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho eléctrico.
Dependente	0	

Defecação		
Independente	10	Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de usar enemas ou supositórios se necessário.
Incontinente Ocasional	5	Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
Incontinente intestinal	0	

Eliminação Urinária		
Independent	10	Não apresenta episódios de incontinência urinária. Quando faz uso de dispositivo colector, capaz de cuidar.
Incontinente Ocasional	5	Apresenta episódios ocasionais de incontinência urinária ou necessita de ajuda para o uso de dispositivo colector.
Incontinente ou Algaliado	0	

Usar o sanitário		
Independente	10	Usa o sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
Ajuda	5	Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
Dependente	0	

Transferir-se: Cadeira-Cama		
Independente	15	Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso sem ajuda.
Ajuda Mínima	10	Necessita de ajuda ou supervisão mínimas (verbal/física)
Grande Ajuda	5	É capaz de sentar-se mas necessita de ajuda de uma a duas pessoas para a transferência.
Dependente	0	

Andar		
Independente	15	Pode caminhar sem ajuda mais de 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou outro dispositivo.

Ajuda	10	Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão (verbal/física).
Independente em Cadeira de Rodas	5	Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.
Dependente	0	
Subir e Descer Escadas		
Independente	10	É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.
Ajuda	5	Necessita de ajuda física ou supervisão (verbal/física).
Dependente	0	

Adaptação Índice de Barthel: Apresentado por Christiansen & Ottenbacher (1993, p.255) e do mesmo Índice de Barthel utilizado no SESARAM (2009) - Instrumento de cálculo do grau de dependência.

Qual a sua atitude face à sua dependência no autocuidado para andar?

Perante esta sua situação, dependência no autocuidado para andar, gostaria que me falasse do que sente, do que pensa, do que sabe, do que faz e de como projecta os próximos tempos...

Comecemos pelo que sente...

1. Quais são os seus sentimentos/emoções face à sua dependência no autocuidado para andar?

- a. Diga-me o que sente..., como se sente face a esta condição de ter limitações / dificuldades para andar por si só?

2. O que pensa sobre a sua dependência no autocuidado para andar?

- a. Diga-me o que sabe sobre esta sua limitação para andar?
- b. Qual a sua convicção/crença/fé face à sua dependência no autocuidado para andar?

3. Quais os seus comportamentos/acções e as suas intenções face à sua dependência no autocuidado para andar?

- a. Diga-me qual o seu objectivo/propósito face à sua dependência no autocuidado para andar?
- b. Diga-me o que vai fazer ou projecta fazer nos próximos tempos perante esta situação, dependência no autocuidado para andar?
- c. O que está pensando fazer para ultrapassar esta situação?

APÊNDICE E Pedido de validação do instrumento de colheita de dados

Assunto: Pedido para validação do instrumento de colheita de dados

Patrícia Micaela Freitas Câmara, a frequentar o mestrado em Enfermagem 3^a edição da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto encontra-se a desenvolver, no âmbito da dissertação, a seguinte temática de investigação: “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar”.

Solicito assim, a vossa colaboração na apreciação e validação deste instrumento de produção de informação, de modo a ser aplicado a utentes idosos, situados na faixa etária acima de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente; com fractura da extremidade proximal do fémur (transição de vida, aguda), submetidos a uma intervenção cirúrgica sem complicações no pós-operatório; no 3^o ao 5^o dia de internamento, após data da cirurgia; internados num tempo médio de uma a duas semanas nas unidades de serviço de ortopedia do Hospital Central do Funchal; apresentando dependência no autocuidado para andar e, que aceitem participar livremente no estudo.

Pretendo com este trabalho, descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, no sentido de contribuir, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e consequentemente proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Pois, ao descrever esta problemática, atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, os enfermeiros na sua prática quotidiana procurarão estabelecer uma relação de ajuda mais adequada aos idosos no seu todo, contribuindo para que estes reencontrem ou readquiram as capacidades que perderam ou reaprendam a utilizá-las ganhando autonomia e, atenuem os efeitos que advêm dessas perdas.

O instrumento de colheita de dados tem como objectivos caracterizar a população, com perguntas fechadas, e descrever a atitude nas suas componentes cognitiva, afectiva e conativa de acordo com o autor Sanmarti, face à dependência no autocuidado para andar, através de uma entrevista semi-estruturada, constituída por três questões principais.

Agradeço que expressa-se a sua opinião e desse sugestões no espaço em baixo a cerca deste domínio específico, contidas no instrumento de colheita de dados, que apresentamos em anexo.

1- As questões fechadas são essenciais e necessárias para caracterização da população em causa?

2- As questões estão adequadas à problemática que pretendemos estudar?

3- As questões estão elaboradas de forma clara, precisa e concreta?

4- A ordem de abordagem das questões é adequada?

5- As questões orientadoras são elucidativas e clarificam cada uma das três questões principais?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade

Funchal, 16 Março 2009.

APÊNDICE F Pedido para validação da análise de conteúdo

Assunto: Pedido para validação da análise de conteúdo do “corpus” documental

Patrícia Micaela Freitas Câmara, a frequentar o mestrado em Enfermagem 3^a edição da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto encontra-se a desenvolver, no âmbito da dissertação, a seguinte temática de investigação: “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar”.

Solicita a vossa colaboração na validação do processo de codificação do “corpus” documental, de modo a validar de que as categorias/subcategorias elaboradas e respectiva análise de conteúdo, traduzem o verdadeiro sentido dos dados.

Assim, para um melhor enquadramento do estudo de investigação, referimos que este estudo foi dirigido a pessoas na faixa etária acima de 65 anos; conscientes; com capacidade de resposta verbal coerente (capacidade de responder a perguntas como o seu nome, data de nascimento, idade, espaço onde se encontra, bem como a sua morada e o mês); com fractura da extremidade proximal do fémur (transição de vida, aguda, de situação autónoma, independente para dependente; acontecimento pela primeira vez), submetidos a uma intervenção cirúrgica sem complicações no pós-operatório; no 3^o ao 5^o dia de internamento após data da cirurgia; após transferir-se e treinar o andar; apresentando dependência (total, grave, moderada ou ligeira, de acordo com a pontuação do Índice de Barthel) no autocuidado para andar e que aceitaram participar livremente no estudo.

O objectivo deste trabalho é descrever a atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, no sentido de contribuir, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos idosos e conseqüentemente proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Pois, ao descrever esta problemática, atitude dos idosos face à dependência no autocuidado para andar, os enfermeiros na sua prática quotidiana procurarão estabelecer uma relação de ajuda mais adequada aos idosos no seu todo, contribuindo para que estes

reencontrem ou readquiram as capacidades que perderam ou reaprendam a utilizá-las ganhando autonomia e, atenuem os efeitos que advêm dessas perdas.

Mencionamos que, entre vários autores, seguimos essencialmente o autor, Neto (1998), relativamente à estrutura da atitude (componente cognitiva, afectiva e comportamento) e o autor Vala (2005), perante a técnica de análise de conteúdo.

Acrescentamos ainda, a este pedido, o instrumento de colheita de dados (anexo I) e o conjunto de categorias/subcategorias definidas “a priori” (anexo II), no sentido de dar a conhecer, respectivamente, as unidades de contexto (correspondente às questões formalizadas, durante a entrevista) e a definição das subcategorias, em que tivemos sempre em conta o seu significado semântico (baseado nas definições apresentadas ao longo da fase conceptual e na operacionalização da variável em estudo, de acordo com a CIPE, 2010 e Lello & Lello, 1980).

Agradeço que expresse a sua concordância ou não, relativamente ao processo de categorização e codificação, dando sugestões na tabela construída e que apresentamos em anexo (anexo III).

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade

Funchal, 5 Novembro 2010.

APÊNDICE G Consentimento livre e esclarecido conteúdo

Patrícia Micaela Freitas Câmara, aluna do Mestrado em Enfermagem 3ª edição da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; no âmbito da realização da dissertação e ciente da implicação ética inerente ao desenvolvimento do trabalho de investigação, compromete-se assegurar o consentimento livre e esclarecido do investigado, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do seu direito de recusa ou desistência, de confidencialidade e de anonimato.

(Assinatura)

Declaro que fui devidamente informado(a) da natureza e finalidade do estudo realizado pela mestrandia Patrícia Câmara; bem como do meu direito à recusa ou desistência, da confidencialidade e anonimato de dados, e da importância da minha participação no mesmo, daí aceitar participar de livre vontade no estudo e autorizar o processamento anónimo de dados a meu respeito

(Assinatura)

Para qualquer questão, contactar a investigadora cujos contactos são fornecidos na folha de informação ao Participante.

(Documento a entregar ao participante)

Patrícia Micaela Freitas Câmara, aluna do Mestrado em Enfermagem 3ª edição da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; no âmbito da realização da dissertação e ciente da implicação ética inerente ao desenvolvimento do trabalho de investigação, compromete-se assegurar o consentimento livre e esclarecido do investigado, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do seu direito de recusa ou desistência, de confidencialidade e de anonimato.

(Assinatura)

Declaro que fui devidamente informado(a) da natureza e finalidade do estudo realizado pela mestrandia Patrícia Câmara; bem como do meu direito à recusa ou desistência, da confidencialidade e anonimato de dados, e da importância da minha participação no mesmo, daí aceitar participar de livre vontade no estudo e autorizar o processamento anónimo de dados a meu respeito

(Assinatura)

Para qualquer questão, contactar a investigadora cujos contactos são fornecidos na folha de informação ao Participante.

(Documento a guardar pelo investigador)

APÊNDICE H Análise de asserção avaliativa

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador	
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador		
E1	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Apoio	120	é	muito minha amiga	3	3	9	
		Sentimentos/ Emoções -	59	quero	a minha saúde e uma ajudinha, se pudesse ser	3	1	3	
		Esperança / Expectativa	91	que me dê	saúde, quanto mais depressa melhor...	2	2	4	
		Sentimentos/ Emoções - Insegurança	140	não posso	andar à pressa, tenho de ir devagarinho, com umas canadianas.	-3	1	-3	
		Sentimentos/ Emoções - Medo	154	devo ter	cuidado, com jeitinho para não me magoar outra vez...	2	1	2	
		Sentimentos/ Emoções -	130	quebrei	muito	-2	2	-4	
		Tristeza	134	aconteceu	esta infelicidade (expressão facial triste).	1	-2	-2	
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé		73	vai dar	saúde ... (para eu poder andar)	2	2	4
				84	tenho sempre	aquela fé em Deus que hei-de ficar bom	3	3	9
				110	vai me trazer	saúde	2	2	4
				158	cuidando-se tem	muita segurança	2	3	6
		Opinião	106	entendo que é	bom andar, o corpo tem de mexer...se os nervos não mexem...	3	2	6	

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador	
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador		
			118	é	importante	3	2	6	
			154	está	fresco não se pode andar à carreira	3	1	3	
			154	temos que cuidar	para a nossa saúde	2	1	2	
		Pensamento / Ideias	38	tenho que fazer	força em cima daquilo com as mãos no andarilho, faço força ...e vou andando devagarinho!	2	1	2	
			117	quero melhorar	a minha saúde.	2	1	2	
			156	não cuidam	do seu corpo	-2	0	0	
		Categoria Comportamento	Acção	50	vou andando	assim devagarinho.	2	2	4
				95	faço	como o Sr. Enfermeiro me disse	3	0	0
			Intencão	108	vou fazer	por isso de certeza absoluta	2	3	6
	134			vou-me alimentar	como poder	2	0	0	
	140			não vou	andar a correr nem pegar em pesos	-2	-1	2	
	E2	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Apoio	85	é que têm	cuidado de mim...	3	1	3
Sentimentos/ Emoções -			69	não posso	estou aqui preciso de ir ali buscar qualquer coisa...	-3	1	-3	

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador	
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador		
		Desamparo							
		Sentimentos/ Emoções - Esperança / Expectativa	5	quero	ficar boa	3	2	6	
			65	me livre	de ficar paralisada, que é muito triste!	-1	-3	3	
			219	já podesse	andar bem	2	2	4	
		Sentimentos/ Emoções - Medo	101	tenho	Sentimentos - Medo de estar só	3	-2	-6	
			105	sinto	Sentimentos - Medo	3	-2	-6	
			109	tenho	Sentimentos - Medo que me aconteça alguma coisa	3	-2	-6	
		Sentimentos/ Emoções - Tristeza	69	sinto-me	triste... muito triste... com esta situação, de andar com a ajuda de alguém!	3	-3	-9	
			159	sinto-me	triste	3	-2	-6	
			163	ficava	triste, bem triste...	2	-3	-6	
		Valores	73	sempre fui	amiga de andar e de fazer	3	2	6	
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé	227	acredito	Tudo que é enfermeiro e médico diz-me que “não se preocupe que vai andar”, “vai andar”	3	2	6	
				243	acredito	em mim	3	2	6
				304	se não	paciência	-2	0	0

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador	
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador		
				poder ser					
		Opinião	246	é	força de vontade, energia, procurar energia para andar	3	2	6	
		Pensamento / Ideias	13	é	"aquela" fisioterapia e andar	3	1	3	
			37	deitando sempre	a perna doente à frente (...)	2	0	0	
			61	faz	bem!	3	2	6	
	Categoria Comportamento	Acção	29	fiz	com o andarilho!	2	0	0	
			Intenção	9	pretendo fazer	o tratamento	3	0	0
				167	não pretendo	fazer nada	-2	-1	2
				183	o que depende	de mim é a força de vontade	2	2	4
				223	penso	me levantar todos os dias e andar	3	2	6
				304	vou fazer sempre	por mim própria, para andar,	3	2	6
				304	Vai-se fazendo sempre	o possível por melhorar , essencialmente para andar .	3	2	6
E3	Categoria	Sentimentos	39	sinto	alegria de ter sido operada	3	2	6	

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador	
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador		
Afectiva	/Emoções - Alegria / Felicidade	-	42	sinto	alegria tão grande que às vezes até dá para chorar.	3	3	9	
			63	o meu maior receio era	que nunca mais chegava o dia	2	-1	-2	
			6	foi	ele que me deu força	2	2	4	
			6	confiei	que tivesse coragem	2	2	4	
			36	sinto	uma grande vontade de poder andar.	3	3	9	
			Sentimentos/ Emoções - Esperança / Expectativa	36	tenho	uma grande vontade em mim para ver se para a semana já estou melhor.	3	3	9
				39	sinto	uma força em mim, de ter que ficar bem	3	2	6
				42	já vou estar	em casa, se tudo correr bem como tem corrido até agora	2	2	4
			Sentimentos/ Emoções - Insegurança	81	é necessário	muito cuidado.	2	3	6
				114	Sinto necessidade de ficar	mais uma semana, para ficar melhor.	2	2	4
			Sentimentos/ Emoções - Medo	6	tinha	Sentimentos - Medo ... desta situação toda, da operação, de andar depois...	2	-2	-4

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
E1-E10		Sentimentos/ Emoções - Tristeza	52	estou	um pouco em baixo por causa da operação	3	-1	-3
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé	36	nunca estou	parada	-3	-1	3
			52	acho que já tenho	tenho 74 anos mas eu acho que tenho um espírito de 50 anos	2	2	4
		Opinião	140	ter	cuidado no andar para não desmanchar para o que está feito	3	2	6
		Pensamento / Ideias	69	tenho que me deitar	sempre para o lado esquerdo.	3	3	9
	Categoria Comportamento	Acção	32	já fui	até à janela	2	0	0
			36	faço	mesmo um esforço para andar	3	2	6
			75	Ponho sempre	a perna direita à frente de depois a esquerda atrás	3	0	0
			81	consigo fazer	igual, tal como vi.	3	0	0
		Intenção	66	é fazer	tal como eles mandam	3	1	3
E4	Categoria Afectiva	Sentimentos /Emoções - Apoio	31	veio	para tratar de mim	2	1	2
		Sentimentos/ Emoções -	41	irei fazer	a minha vida normal, mesmo com estes pormenores	2	1	2
		Esperança / Expectativa	43	tenho	a esperança de eu me governar	3	2	6

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Sentimentos/ Emoções - Medo	41	Sei que não posso ter	senão posso passar à cadeira de roda	-2	2	-4
			41	Tenho de ter	muito cuidado para não cair (expressão facial de receio)	2	-3	-6
	Categoria Cognitiva	Pensamento / Ideias	40	Não posso	trocar a perna, até o resto da vida.	-2	0	0
			65	sei	que não posso trocar a perna.	3	0	0
			82	saio sempre	por este, o lado não lesado.	3	0	0
	Categoria Comportamento	Acção	78	já passei	da cama para a cadeira sozinha	2	1	2
			80	ajudei	a rapariga a me lavar	2	0	0
		Intenção	65	vou tomar	máximo cuidado para não voltar a cair	3	3	9
			89	tenho	muito cuidado e tenho que ter ainda mais cuidado para andar	3	3	9
	E5	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Apoio	30	é	como se fosse minha filha. Telefona-me todos os dias	3	2
Sentimentos/ Emoções - Insegurança			105	tenho	consciência de que primeiro não consigo e depois não devo fazer.	3	-2	-6
Sentimentos/ Emoções - Medo			133	é não conseguir	o meu maior receio	-2	3	-6

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
E1-E10		Sentimentos/ Emoções - Tristeza	83	é	Sentimentos - Tristeza... (o que sente pelo facto de andar com esta limitação para andar)	3	-2	-6
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé	112	pode ajudar	nesta fase, transitória, para eu andar	2	2	4
			115	Acredito	em Deus e nas minhas capacidades	3	2	6
		Pensamento / Ideias	102	sei é que tenho	que pôr o andarilho á frente, depois a perna doente e depois a boa. Depois o andarilho, depois a perna doente depois a perna boa.	3	0	0
	Categoria Comportamento	Acção	96	não consigo	Sozinha com o andarilho	-2	0	0
E6	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Apoio	13	têm	cuidado ao me virar	3	2	6
			29	não sei	Eles (profissionais de saúde) é que sabem. Isto é pesado...	-3	1	-3
		Sentimentos/ Emoções - Desamparo	46	Não sei o que possa fazer	para melhorar	-2	2	-4
			86	já não espero	melhoras	-2	2	-4
		Sentimentos/ Emoções - Esperança / Expectativa	31	espero	melhorar	3	2	6
			40	espero	que Deus me valha	3	1	3
		Sentimentos/ Emoções -	96	tenho	receio que possa cair	3	-2	-6

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Medo						
Categoria Cognitiva	Crença / Fé	36	grito muito	à Nossa Senhora e peço ao Pai do Céu...	3	2	6	
		40	vou	melhorar	3	2	6	
		51	dizem que vai ficar	melhor	1	2	2	
	Opinião	55	ainda não consigo passar	para a cadeira	-2	0	0	
		67	tem	prudência com o seu corpo	3	2	6	
		69	tem	cuidado com o seu corpo	3	2	6	
		90	talvez vá consegui	andar	1	1	1	
	Pensamento / Ideias	13	sei	que é preciso fazer a ginástica.	3	1	3	
		50	É	assim, devagarinho, devagarinho vai chegar lá.	3	2	6	
	Categoria Comportamento	Acção	42	não posso	fazer muito	-2	2	-4
Intenção		67	tenho	cuidado comigo	3	2	6	
E7	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Alegria /	8	quando as coisas se vão	existe uma alegria...	2	2	4

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Felicidade		resolvendo				
		Sentimentos/ Emoções - Desamparo	23	Peço	ajuda a toda as pessoas e à toda hora.	2	1	2
		Valores	17	ser	uma pessoa humilde e viver simples, sem influenciar a vida dos outros, sem fazer complicações.	3	2	6
	Categoria Cognitiva	Pensamento / Ideias	33	já percebi	como proceder para andar e passar da cama para a cadeira	2	0	0
	Categoria Comportamento	Acção	28	já senti	No segundo dia (...) um pouco melhor	2	2	4
		Intenção	39	é	voltar à minha vida	3	1	3
E8	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Apoio	33	dá-me força	para ficar boa	3	2	6
		Sentimentos/ Emoções - Cansaço	18	Dá-me	muita canseira agora já não posso pegar em pesos, fico cansada	2	-2	-4
		Sentimentos/ Emoções - Confiança	22	Faço tudo	o que o médico manda mas não está nas nossas mãos.	3	0	0
		Sentimentos/ Emoções -	20	Tenho	esperança de vir a andar	3	2	6
		Esperança /	24	estou	com esperança que vou melhorar. A minha fé é essa	3	2	6

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Expectativa	42	espero	que não caia nem fique pior	3	2	6
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé	18	vou ficar	boa	3	2	6
			22	Não está	mas minhas mãos	-3	0	0
			32	tenho	uma cabeça muito boa	3	3	9
		Pensamento / Ideias	14	Para andar	o pé esquerdo à frente (doente) e depois o pé direito atrás.	2	0	0
			24	vou ficar	melhorzinha para fazer a minha vida.	2	2	4
	Categoria Comportamento	Acção	12	fui	com o andarilho, acompanhada pela sr ^a enfermeira para o banho	2	1	2
			14	Andei	sempre com o andarilho.	2	2	4
		Intencão	18	Tenho	muita vontade de ficar boa	3	3	9
			22	Quero	ficar boa	2	2	4
			42	vou ter	todo o cuidado	2	2	4
E9	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Desamparo	63	já não ligo	Felicidade	-2	2	-4
	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Esperança /	25	gostava de poder	andar bem	2	2	4

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Expectativa						
	Categoria Cognitiva	Crença / Fé	67	podemos fazer	por andar por nós mesmos, sem ajudas de ninguém	2	2	4
		Opinião	23	tivesse	mais condições financeiras, conseguia ter melhores condições para fazer face à minha limitação.	2	2	4
			29	devíamos treinar	todos os dias... Tal como comemos todos os dias	2	2	4
			60	é	quando uma pessoa tem de sentir-se capaz para andar.	3	2	6
		Pensamento / Ideias	30	não sou	uma pessoa jovem, já sei que isto leva o seu tempo.	-3	0	0
	Categoria Comportamento	Acção	50	faço	com o andarilho, mas sempre com alguém.	3	1	3
E10	Categoria Afectiva	Sentimentos/ Emoções - Confiança	32	tenho	que acreditar na recuperação	3	2	6
		Sentimentos/ Emoções - Esperança / Expectativa	15	desejando de ver	isto a melhorar.	2	2	4
			17	quero	recuperar	3	2	6
			19	pensar	que isto vai correr bem	2	3	6
			38	ficar	melhor.	3	2	6
Sentimentos/ Emoções -	32	acho	difícil	2	-2	-4		

Entrevista [E1-E10]	Categoria	Subcategoria	Parágrafo	Unidade de Registo		Codificador		Produto: Conector verbal x Qualificador
				Conector verbal	Qualificador	Conector verbal	Qualificador	
		Insegurança						
		Sentimentos - Medo	28	é	Horrível!	3	-2	-6
			42	é preciso ter	cuidado para não cair, pois se cair acabou-se.	3	-1	-3
		Crença / Fé	14	mereço fazer	a recuperação	3	2	6
		Opinião	42	é	preciso cuidado	3	1	3
	Categoria Comportamento	Intenção	19	vou fazer	tudo para voltar a andar	2	2	4
			21	preciso recuperar	para tratar das minhas coisas em casa	3	0	0
			38	quero	recuperar	3	2	6



REGIÃO AUTÓNOMA DA
MADEIRA



REPÚBLICA PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
FSE