

# Recursos psicossociais do idoso para reabilitar marcha e dignidade do autocuidado após fratura de fêmur

**RESUMO** | Objetivos: compreender a experiência do idoso no restabelecimento da marcha após cirurgia de fratura de fêmur por queda e elaborar modelo teórico que a represente. Método: pesquisa qualitativa na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados, com saturação teórica, mediante a análise da transcrição da nona entrevista não diretiva audiogravada, com idosos que vivenciaram a experiência. CAAE 021.0.063.000-10. Resultados: emergiram três subprocessos: sentindo-se desafiado a recuperar a dignidade de desenvolver o autocuidado em situação de risco; perseverando em recursos psicossociais para reabilitar marcha ameaçada; resgatando a autoconfiança para deambular. Do realinhamento desses subprocessos, abstraiu-se a categoria central (processo), recursos psicossociais do idoso para reabilitar marcha e dignidade do autocuidado após fratura de fêmur. Conclusão: o modelo teórico emerso sinaliza a dignidade humana do autocuidado como preceito moral do idoso e ordenador no resgate da autoconfiança, perante as ameaças à reabilitação da marcha, apoiado em seus recursos psicossociais (família, religiosidade e reminiscência).

**Descritores:** Idoso; Fraturas do Fêmur; Reabilitação; Adaptação Psicológica; Medo.

**ABSTRACT** | Objectives: to understand the experience of the elderly in reestablishing gait after surgery for a femur fracture due to a fall and to develop a theoretical model that represents it. Method: qualitative research in the Grounded Theory approach, with theoretical saturation, through the analysis of the transcription of the ninth audio-recorded non-directive interview, with elderly people who lived through the experience. CAAE 021.0.063.000-10. Results: three sub-processes emerged: feeling challenged to recover the dignity of developing self-care in a situation of risk; persevering in psychosocial resources to rehabilitate threatened gait; rescuing self-confidence to wander. From the realignment of these sub-processes, the central category (process), psychosocial resources of the elderly to rehabilitate gait and dignity of self-care after femur fracture was abstracted. Conclusion: the theoretical model emerged signals the human dignity of self-care as a moral precept of the elderly and ordering the recovery of self-confidence, in the face of threats to gait rehabilitation, supported by their psychosocial resources (family, religiosity and reminiscence).

**Keywords:** Elderly; Femur Fractures; Rehabilitation; Psychological Adaptation; Fear.

**RESUMEN** | Objetivos: comprender la vivencia de los ancianos en el restablecimiento de la marcha después de cirugía de fractura de fêmur por caída y elaborar un modelo teórico que la represente. Método: investigación cualitativa en el abordaje de la Teoría Fundamentada, con saturación teórica, a través del análisis de la transcripción de la novena entrevista audio-grabada no directiva con ancianos que vivieron la experiencia. CAAE 021.0.063.000-10. Resultados: emergieron tres subprocessos: sentirse desafiado a recuperar la dignidad para desarrollar el autocuidado en una situación de riesgo; perseverar en los recursos psicossociales para reabilitar la marcha amenazada; recuperar la confianza en sí mismo para deambular. A partir de la realineación de estos subprocessos, se abstraio la categoría central (proceso), recursos psicossociales de los ancianos para reabilitar la marcha y la dignidad del autocuidado después de la fractura de fêmur. Conclusión: o modelo teórico emerso sinaliza a dignidade humana do autocuidado como preceito moral do idoso e ordenador no resgate da autoconfiança, perante as ameaças à reabilitação da marcha, apoiado em seus recursos psicossociais (família, religiosidade e reminiscência).

**Palabras claves:** Envejecimiento; Fracturas de Fêmur; Reabilitación; Adaptación Psicológica; Miedo.

## Cesar Junior Aparecido de Carvalho

Professor Doutor, junto ao Instituto Federal do Paraná (IFPR). Londrina - Paraná, Brasil.  
ORCID: 0000-0002-5096-6968

## Rosana Claudia de Assunção

Professora Doutora, junto ao IFPR. Londrina - Paraná, Brasil.  
ORCID: 0000-0001-5175-5567

## Matheus Henrique Mangini Bocchi

Aluno do Curso de Graduação em Medicina, Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Bauru - São Paulo, Brasil.  
ORCID: 0000-0001-9766-9752

## Sílvia Helena Meneguim Bravin

Mestre e aluna do Curso de Doutorado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP).  
ORCID: 0000-0002-1609-6647

## Marcelo Ricardo Rosa

Mestre e aluno do Curso de Doutorado, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, FMB, UNESP.  
ORCID: 0000-0003-0478-8782

## Sílvia Cristina Mangini Bocchi

Livre-docente, Professora Associada, Departamento de Enfermagem, FMB, UNESP.  
ORCID: 0000-0002-2188-009X

**Recebido em:** 12/06/2023

**Aprovado em:** 30/06/2023

## INTRODUÇÃO

As quedas estão entre as principais causas de lesões, morte e invalidez nos idosos<sup>(1,2)</sup> e, portanto, dois terços deles padecem por medo de sofrer novo incidente, até mesmo para realizarem atividades da vida diária<sup>(3-4,7)</sup>. Fato que acomete a qualidade de vida, não só por reduzir as suas habilidades funcionais, mas também por aumentar o risco de quedas<sup>(6)</sup>.

As fraturas representam 5 a 10% dos eventos ortopédicas e 1 a 2% destas se dão no fêmur, sendo 90% decorrentes de quedas, demandando internações hospitalares para cirurgias<sup>(8)</sup>.

O tipo de procedimento e extensão cirúrgica, idade, condição clínica do paciente e as comorbidades delimitarão o tratamento e o

processo de reabilitação do paciente no domicílio. No entanto, percebe-se que grande parte dos idosos submetidos à cirurgia do fêmur apresentam um retardo no restabelecimento da marcha<sup>(9)</sup>, fato que pode estar relacionado à intensidade da dor, à dificuldade de mobilidade e ao medo exacerbado de voltar a andar, e, principalmente, de reincidir em queda.

A literatura associa esse temor à "desadaptação psicomotora", relacionando-a a instabilidade postural com repulsão e a um medo fóbico de cair novamente<sup>(4)</sup>, ao ponto de tornar necessário o desenvolvimento de tecnologias em apoio ao trabalho de reabilitação desses idosos, considerada a forma mais grave da síndrome pós-queda<sup>(10,11)</sup>.

Apesar dos desafios impostos por essa síndrome, envolvendo: mobilidade limitada, dificuldade em realizar atividades diárias<sup>(7)</sup>, perda da confiança e autoestima, além do sentimento de reclusão e confinamento, e o padecimento com a dor, os idosos conseguem superá-los, por meio do desenvolvimento de estratégias que os arremetam à independência funcional, tais como, manutenção da saúde mental e participação em atividades diárias<sup>(12)</sup>.

Do exposto, pergunta-se: como tem-se configurado o processo de reabilitação da marcha de idosos em pós-operatório de cirurgia de fratura de fêmur após queda?

## OBJETIVOS

Compreender a experiência do idoso no restabelecimento da marcha, após cirurgia de fratura de fêmur por queda e elaborar modelo teórico que a represente.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Pesquisa conduzida após aprovação de projeto por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 021.0.063.000-10) e obtenção de consentimento livre e esclarecido para participação dos atores. Depois de transcritas as entrevistas, os arquivos digitais foram deletados, passando a identificar os atores por codificação numérica (1, 2, 3, ...).

### Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Pesquisa qualitativa na abordagem compreensiva, respeitando os Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)<sup>(13)</sup>, utilizando-se dos referenciais: Teoria Fundamentada nos Dados - TFD<sup>(14)</sup> (metodológico) e Interacionismo Simbólico<sup>(15)</sup> (teórico).

### Cenário e atores da pesquisa

Estudo com idosos ( $\geq 60$  anos) submetidos à cirurgia de fratura de fêmur, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2019, em dois hospitais terciários de grande porte de cidade do estado do Paraná, conveniados ao Sistema Único de Saúde. O acesso aos pacientes se deu por meio de listagens fornecidas pelos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) das instituições, com: nomes, endereços e telefones dos idosos. Selecionou-se aqueles com endereços adscritos às cinco regiões urbanas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que estivessem vivenciando pela primeira vez a situação de fratura.

O primeiro contato deu-se por telefone, apresentando-se e explicando a finalidade da pesquisa, para convidá-los a participar do estudo. Como, na maioria das vezes, quem atendia era um familiar, caso este aceitasse o convite, o pesquisador confirmava com ele se o idoso apresentava capacidade cognitiva e de comunicação para ser entrevistado.

### Fonte de dados

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista não diretiva, tendo como questão norteadora: "Como foi a sua experiência com a fratura do fêmur?" Foram realizadas entrevistas individuais e audiogravadas, conduzidas de julho de 2020 a janeiro de 2021, por um dos pesquisadores com treinamento na técnica de coleta de dados, nas residências dos idosos, em horário combinado, respeitando o sigilo de suas informações.

### Análise dos dados

Ao término das entrevistas, estas foram transcritas e submetidas à análise manual por um dos pesquisadores e validadas pelo segundo, com formação e experiência em operacionalizar os passos do referencial metodológico da TFD: microanálise, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva<sup>(14)</sup>.

Conforme preconizado pelo referencial metodológico, as etapas de coleta e análise dos dados se deram, concomitantemente, até que se obtivesse a saturação teórica a partir da análise da nona entrevista. Para isso, utilizou-se uma das estratégias propostas pelo referencial metodológico de validação da experiência descoberta com os dados brutos<sup>(14)</sup>.

## RESULTADOS

### Caracterização dos atores

Participaram do estudo nove atores, seis mulheres e três homens, entre 62 a 81 anos, correspondendo a seis aposentados, um agricultor, um caminhoneiro e uma dona de casa, com renda familiar entre dois e sete salários mínimos vigentes. Durante a reabilitação, oito deles usufruíam de independência funcional plena e um apresentava dependência parcial de cuidador familiar.

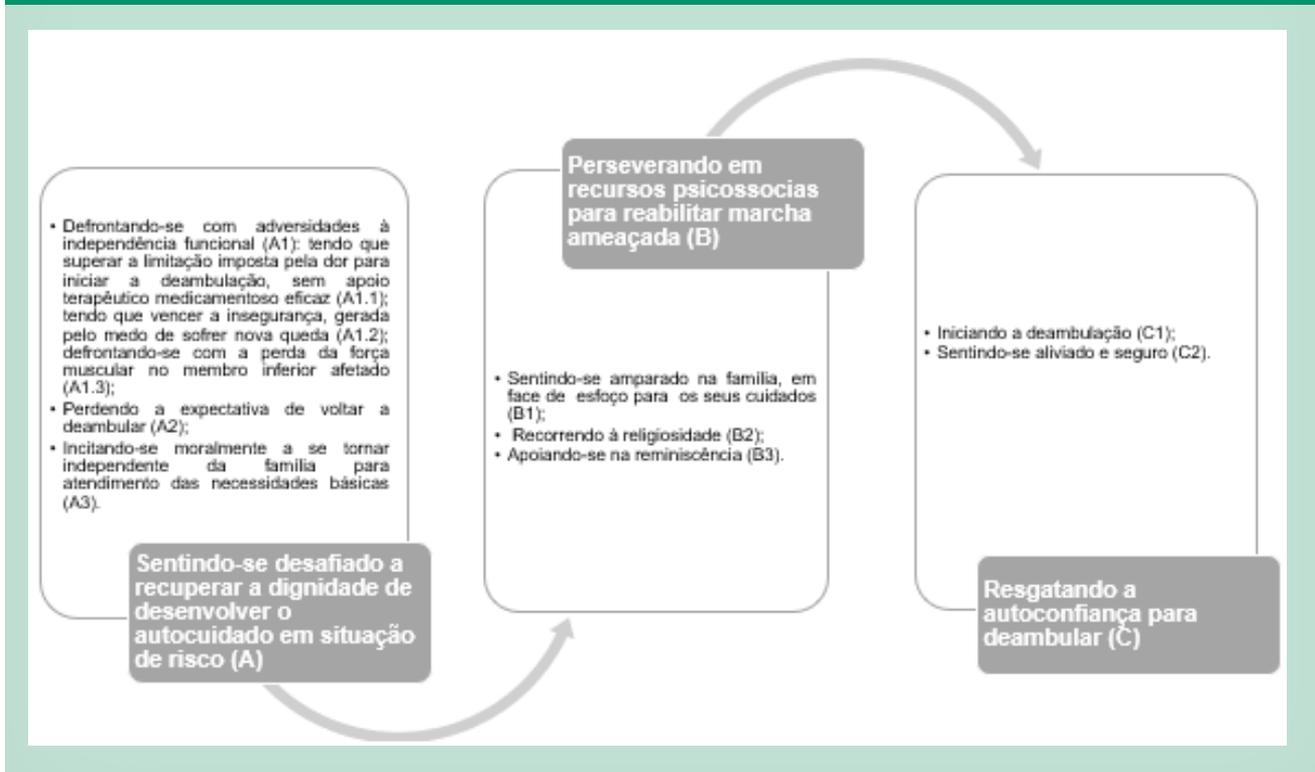
### Modelo teórico abstraído da experiência

Da análise dos dados, segundo os passos da TFD<sup>(14)</sup>, apreendeu-se a interação do idoso com o restabelecimento da deambulação e, consequentemente, com sua independência funcional no domicílio, em pós-operatório de cirurgia de fratura de fêmur por queda. O referencial metodológico permitiu estabelecer relações teóricas entre os componentes (categorias e subcategorias), para desenvolver processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, representado pela categoria central (modelo teórico): recursos psicossociais do idoso para reabilitar marcha e dignidade do autocuidado após fratura de fêmur (Figura 1).

Esse processo experiencial do idoso desdobra-se em três subprocessos: sentindo-se desafiado a recuperar a dignidade de desenvolver o autocuidado em situação de risco (A); perseverando em recursos psicossociais para reabilitar marcha ameaçada (B); resgatando a autoconfiança para deambular (C).

Sentindo-se desafiado a recuperar a dignidade de desenvolver o autocuidado em situação de risco (A) é o primeiro subprocesso da experiência do idoso se reabilitando no domicílio de cirurgia de fratura de fêmur por

Figura 1. Categoria Central (Modelo Teórico) - Recursos psicossociais do idoso para reabilitar marcha e dignidade do autocuidado após fratura de fêmur.



queda. Configura-se no ímpeto para ação corajosa em mobilizar recursos psicossociais para o enfrentamento de condições desfavoráveis à reabilitação de sua marcha e, conseqüentemente, independência funcional para reassumir a sua autonomia como dignidade humana. Esse subprocesso desdobra-se em três categorias: defrontando-se com adversidades à independência funcional (A1), perdendo a expectativa de voltar a deambular (A2) e incitando-se moralmente a se tornar independente da família para atendimento das necessidades básicas (A3).

Defrontando-se com adversidades à independência funcional (A1) agrupa condições percebidas pelo idoso, como por exemplo, ameaças ao restabelecimento de sua marcha no domicílio, reunidas em três subcategorias: A1.1, A1.2 e A1.3.

O primeiro desafio refere-se ao enfrentamento da dor pós-operatória no domicílio, como experiência sensorial penosa, pois após a alta hospitalar, muitas vezes, o

idoso acaba tendo que superar a limitação imposta pela dor para iniciar a deambulação, sem apoio terapêutico medicamentoso eficaz (A1.1). Ele descreve a dor decorrente de sedação ineficaz, variando de intensa à insuportável, com sofrimento físico e emocional, manifesto em choro, temor de não se recuperar e na redução de movimentação. Fato que dificulta sua mobilização no leito e fora deste, inclusive retardando o início da deambulação. Esse sofrimento, para alguns, é postergado por meses e sem qualquer intervenção antálgica. Os idosos com doenças osteoarticulares associam ao agravamento da dor a essas comorbidades, experiência sensorial desafiadora que posterga a recuperação da marcha do idoso, por vezes, sentindo-se inseguro à dor para deambular, como referem:

[...] Quando eu ia andar se quer dava para por o pé no chão [...]. Sofri muito com a dor [...] (7). [...] Eu fiquei acamado três meses, quase imóvel. [...]

Depois de seis meses que comecei a levantar e andar de cadeira de rodas, mesmo assim, doía (8).

Além da dor, o idoso se vê tendo que vencer a insegurança, gerada pelo medo de sofrer nova queda (A1.2). Estado afetivo suscitado pela consciência do perigo, o que o deixa em estado de apreensão, em face de sua suscetibilidade em apresentar novo evento. Eles contam:

[...] Depois da cirurgia tive dificuldade de andar. Ainda uso o andador, porque me dói muito as pernas para caminhar [...]. Eu tenho medo de ficar sem ele. [...] Eu gostaria de andar novamente sem apoio, mas tenho medo de cair (9). [...] Após a cirurgia comecei a andar pouco, pois tinha muito medo [...], mas ao mesmo tempo queria andar como andava anteriormente [...] (4).

Somado a dor, ao medo de queda, na maioria das vezes, o idoso também acaba defrontando-se com a perda da força mus-

cular no membro inferior afetado (A1.3), relacionando-a com o tempo que ficou acamado, conforme relata:

[...] Eu perdi a força na perna para voltar a andar, mesmo com ajuda das muletas [...]. Acho que em razão de ter ficado muito tempo na cama e isso interferiu na minha recuperação [...] <sup>(7)</sup>.

A interação do idoso com essas adversidades desperta-o inseguro, perdendo a expectativa de deambular (A2), verbalizada no desânimo em face da incerteza de recuperar a autonomia na velhice. Contexto melancólico, perante a ameaça de desfrutar de período idealizado com liberdade e bem-estar, como descrevem:

[...] Eu andava muito e agora perdi a liberdade de ir para lá e para cá [...] <sup>(9)</sup>. Eu andava normal [...] antes da dor [...] e agora nem sei se vou mais andar <sup>(8)</sup>. [...] Eu cheguei a pensar que não fosse andar nunca mais <sup>(3)</sup>.

Contudo, mesmo nesse contexto desafiante, percebe-se o idoso com determinação e, portanto, incitando-se moralmente a tornar-se independente da família no atendimento às necessidades básicas (A3), por sentir-se desconfortável e abatido na condição de dependente da família, para seus cuidados, como: higiene pessoal, alimentação, eliminações, dentre outras, como relatam.

[...] Fiquei muito triste, por tornar-me dependente de minha filha. Sentia dor nas pernas que não me deixava levantar! Eu chorei muito ao pensar que poderia não andar mais <sup>(3)</sup>. [...] Foi um pouco difícil a recuperação em casa [...]. Minha vizinha, uma auxiliar de enfermagem, teve que ajudar e ensinar a minha filha [...] a fazer curativo, a dar banho e a me limpar [...] <sup>(9)</sup>.

Esse contexto é decisivo para que o idoso tente superar os desafios que o impedem de recuperar a marcha e, conseqüentemente, a sua dignidade em cuidar de si com independência funcional. Princípio moral que o arremete ao segundo subprocesso da experiência: perseverando em recursos psicossociais para reabilitar marcha ameaçada (B). Momento em que toma para si a responsabilidade de reaver sua governabilidade,

influenciado por capacidade de autocontrole psicológico-físico apoiado na família, na religiosidade e na reminiscência. Estratégias decorrentes de suas crenças e valores na superação de situações que o ameaçam no restabelecimento da deambulação e por seguinte de autonomia para desfrutar de velhice digna.

A primeira estratégia é sentindo-se amparado na família, em face de esforço para os seus cuidados (B1), para os quais não foram preparados. Desta maneira, consideram-se os grandes responsáveis pelo próprio restabelecimento no domicílio, em atendimento às suas necessidades humanas básicas, até mesmo se realizado por cuidador formal, contratado pela família, conforme relatam:

[...] Meu marido passou a fazer todo o serviço de casa, com muito carinho [...] <sup>(4)</sup>. [...] Eu fui para a casa de meu filho, lá ele me medicava e me dava banho [...]. Cuidou muito bem! <sup>(7)</sup>. [...] Quando minha irmã não pode mais cuidar de mim, contratamos cuidadora [...] <sup>(6)</sup>.

O idoso também retroalimenta sua perseverança recorrendo à religiosidade (B2), amparado em suas crenças, resgata na fé em entidades espirituais o fortalecimento psicoespiritual, para superar a experiência penosa que se configura o idoso em reabilitação de cirurgia de fratura de fêmur após queda. Com a religiosidade consegue reaver sua autoestima e segurança, atribuindo a sua recuperação, também, a um ser sobrenatural onisciente e onipotente. Eles contam:

[...] Eu estou com fé em Deus que irei me recuperar [...], pelo menos voltar a andar sem dor! É o meu sonho (choro) <sup>(6)</sup>. Eu estava andando escorada por muletas [...]. Agora não mais. Eu me recuperei [...]. Essa cirurgia que fiz foi uma bênção de Deus <sup>(7)</sup>.

Além da família e da religiosidade, observa-se o idoso apoiando-se na reminiscência (B3), para superar os desafios vivenciados beneficia-se de lembranças agradáveis, reportando seus valores enquanto pessoa, como: o gosto pelo trabalho, de cuidar dos netos e contribuir financeiramente para a manutenção da casa, segundo suas memórias:

[...] Eu sempre fui uma trabalhadora, no sítio e depois que me mudei para a cidade. Ajudei a criar os netos. Gostava muito de trabalhar [...] <sup>(9)</sup>.

A adoção desses três recursos psicossociais pelo idoso contribui para superar as adversidades relativas à sua reabilitação e influencia para desfecho positivo, configurando o terceiro subprocesso da experiência, resgatando a autoconfiança para deambular (C), sinalizado quando o idoso se vê iniciando a deambulação (C1), simbolicamente traduzida na possibilidade concreta de que irá resgatar sua marcha. Os primeiros passos arremetem o idoso a sair do leito com auxílio, vislumbrando progressivamente o abandono do apoio humano e de equipamentos que o auxiliam na locomoção, como o uso de cadeira de rodas, depois de muletas ou andadores, até fortalecer a musculatura, para estabilidade de suas articulações, como contam:

[...] Eu comecei a ver a minha melhora, quando apoiei o pé no chão e dei os primeiros passos <sup>(3)</sup>. [...] Minha recuperação foi melhorando, porque da cadeira de rodas, eu passei para o andador e agora eu estou na bengala <sup>(5)</sup>.

Aos poucos, o idoso vai sentindo-se aliviado e seguro (C2), apresentando reação emocional de voltar a sentir a sensação de conforto, verbalizada no alívio da dor no local da fratura, ao ver recuperada a deambulação e, portanto, alcançando a meta de resgatar a marcha e a dignidade humana de poder continuar gozando de uma velhice com autonomia, conforme relatam:

[...] Agora, voltei a fazer todos os serviços domésticos, a minha comida e até a faxina da casa <sup>(1)</sup>. [...] Estou bem melhor, mais alegre em casa [...]. Sinto-me recuperada, andando e feliz <sup>(4)</sup>. [...] Estou aliviada, segura para andar e dando menos trabalho para a minha filha [...] <sup>(3)</sup>.

## DISCUSSÃO

O modelo teórico emerso sinalizou a dignidade humana de desenvolver o autocuidado como preceito moral do idoso, ordenadora no resgate da autoconfiança para

deambular, amparado em seus recursos psicossociais, em face de às ameaças à reabilitação da marcha e, conseqüentemente, de à sua autonomia.

Segundo o Interacionismo Simbólico a ação humana é direcionada pelo self, ou seja, do julgamento que a pessoa faz de si própria, o qual é altamente dependente das definições sociais. Considera-se essa ação decorrente de processo ativo de tomada de decisão, envolvendo a definição da situação, a qual é central para a maneira como a ação ocorrerá<sup>(16)</sup>.

Desta forma, julgar-se com a dignidade de desenvolver o autocuidado em situação de risco, configurou-se na experiência como componente interveniente para instigar o idoso a buscar estratégias para lidar com símbolos ameaçadores ao restabelecimento de sua marcha, como: dor ao ser mobilizado, medo de sofrer nova queda e perda da força muscular no membro inferior afetado. Ele precisou compreender que para continuar vislumbrando desfecho positivo para a sua experiência, não lhe restava outra opção, a não ser, enfrentar essas ameaças, de forma a resgatar a autoconfiança para deambular. Fato que o mobilizou a apoiar-se nos seus próprios recursos psicossociais (família, religiosidade e reminiscência), na tentativa de reverter a situação concebida por ele como indigna, a de depender dos cuidados da família para atendimento à suas necessidades básicas na velhice, uma vez projetada com autonomia.

A contento, sociedade são pessoas interagindo, ou seja, elas se tornam objetos sociais umas para as outras, usam símbolos, direcionam o self, engajam-se em ação mental, tomam decisões, mudam direções, compartilham perspectivas, definem a realidade, a situação e assumem o papel do outro<sup>(15)</sup>.

Desta forma, à luz do Interacionismo Simbólico<sup>(15)</sup>, pode-se considerar a capacidade preservada de desenvolver o autocuidado, simbolicamente compreendida como objeto social (self), fundamentado no princípio moral de dignidade humana, ou seja, de valia para o indivíduo, assim como para a sociedade, sinalizada por meio de o autocontrole, principalmente, sobre às necessi-

dades humanas básicas.

Dignidade humana no contexto da velhice, já foi objeto de discussões à luz da Bioética, a qual relaciona este princípio à noção de indignidade, como a violação do próprio âmago de um ser humano. Por esta razão defende a aplicação do conceito de dignidade humana para reverter às condições que possam existir, antes de surgir uma indignidade específica<sup>(16)</sup>.

Contudo, o declínio físico quanto às causas sociais podem fazer com que os idosos sofram indignidades, tornando-os cada vez mais vulneráveis durante o processo natural do envelhecimento, levando-os potencialmente à condições de indignidade que as pessoas geralmente tentam evitar, para vivenciarem um "envelhecimento inclusivo", com preservação da criatividade e vitalidade do idoso em um ambiente ativo<sup>(17)</sup>.

Como já referido, o julgamento que a pessoa faz de si própria, é altamente dependente das definições sociais<sup>(15)</sup>. A abordagem Kantiana tem exercido grande influência na sociedade quanto à concepção de dignidade humana. Para Kant apenas seres racionais têm dignidade, uma vez que sua autonomia é o próprio fundamento da dignidade. Contudo, muito criticada pela Ética e Filosofia por limitar o número de seres que podem ser vistos como sujeitos da moralidade. De acordo com a linha de raciocínio de Kant, seres não racionais, não apenas animais, mas também pessoas com graves deficiências, seriam excluídos da proteção moral. De qualquer forma, para Kant, a autonomia é a base da dignidade humana<sup>(16)</sup>.

O modelo teórico configurado por esta pesquisa sinalizou os recursos psicossociais (família, religiosidade e reminiscência), encorajando o idoso a se manter perseverante, perante as ameaças de resgatar a autoconfiança para deambular, após a cirurgia de fratura de fêmur por queda. Essas estratégias de enfrentamento foram descritas, em 2011, por Taylor e Broffman, como recursos psicossociais, segundo suas funções, origens e associações à saúde mental e física. Esses autores consideraram que, em face de a necessidade do ser humano restabelecer o seu autocontrole, ele tem a capacidade de res-

gatar internamente ou nas relações sociais, meios para lidar com dificuldades, visando ao bem-estar psicológico e, conseqüentemente, usufruir de os efeitos benéficos sobre a sua saúde mental e física<sup>(17)</sup>.

Para esses autores, as origens dos recursos psicossociais estão no ambiente, nas predisposições genéticas e em suas interações com o indivíduo, assim como os processos de enfrentamento associados às respostas neurais às ameaças como possíveis mediadores. Estes, por sua vez, regulam as respostas psicológicas, autonômicas, neuroendócrinas e imunológicas, levando o indivíduo a alcançar resultados positivos de saúde<sup>(17)</sup>.

A experiência sinalizou o idoso perseverando em três recursos psicossociais para reabilitar sua marcha ameaçada, primeiramente na família, especificamente no sentimento depreendido de suas interações com os esforços mobilizados pelos familiares.

O apoio social familiar tem se mostrado uma das principais e mais eficazes estratégias ao alcance do idoso, para lidar com as dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento e de recuperação da deambulação<sup>(18)</sup>.

À luz do Interacionismo Simbólico<sup>(15)</sup> pode-se inferir família um grupo de indivíduos em interação, que se tornam objetos sociais uns para os outros. Para tal, usam símbolos direcionando o self, engajando em ação mental, para tomar decisões, mudar direções, compartilhar perspectivas, definir realidade, situações e assumir o papel do outro, ou seja, com potencialidades de assumir o cuidado de seus membros.

Desta forma, na atenção à saúde domiciliar do idoso dependente, o planejamento assistencial deverá considerar o binômio, ou seja, incluir o cuidador familiar, também denominado cuidador informal, para que o mesmo não seja exposto ao adoecimento por sobrecarga do papel assumido.

Por essas razões, torna-se imprescindível o acesso do binômio cuidador familiar-pessoa dependente às Políticas Públicas de Saúde, as quais devem oferecer programas de avaliação e de intervenções implementadas continuamente por equipes de saúde.

Além do apoio familiar, a religiosidade pode ser analisada à luz do Interacionismo



Simbólico como uma prática social. Por meio da fé, as pessoas conseguem reaver a autoconfiança para superar situações difíceis, amparadas na interação psicoespiritual com Ser sobrenatural, onisciente e onipotente.

O recurso da religiosidade desempenha papel importante para a saúde física e mental e demonstra impactar de forma positiva na maneira como os idosos compreendem e enfrentam as intercorrências e desafios nessa fase da vida<sup>(19,20)</sup>. À vista da dimensão de tal recurso na vida do idoso, o envolvimento em atividades espirituais tem um papel preventivo, tanto no desenvolvimento quanto na duração dos sintomas depressivos: quanto mais engajados, menos desenvolvem o quadro geral da doença. Além disso, a religiosidade interfere de maneira favorável no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalecendo a resiliência e melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa<sup>(21,22)</sup>.

Não apenas a religiosidade, mas também a reminiscência emergiu como importante recurso psicossocial, utilizado pelo idoso para ajudá-lo a enfrentar os desafios vivenciados durante o seu restabelecimento no domicílio. Verificou-se a utilização positiva dessa estratégia pelo idoso, principalmente, ao interagir com o sofrimento físico e emocional com a dor e com o estado de confinamento ao leito. O uso da reminiscência comumente leva o paciente em recuperação a sentir-se fortalecido em momentos de fragilização, apoiado no movimento de seu próprio resgate valorativo como pessoa, com um passado significativo para si, sua família e a sociedade.

A reminiscência é descrita como uma

forma de resgatar a memória e lembranças do passado e tem sido empregada como uma ferramenta de intervenção eficaz, com idosos acamados, percebendo-se melhora do quadro clínico da depressão e sofrimento, provocando aumento significativo da cognição durante o seu restabelecimento<sup>(23)</sup>.

Na enfermagem, o uso da reminiscência com idosos tem apresentado resultados significativos e eficazes quanto a valorização de suas vidas, promovendo-os ao engajamento em atividades sociais e comunitárias, além de auxiliar a enfermagem a aprimorar o trabalho no desenvolvimento da autoestima dessa população. Acrescenta-se, ainda, que quando o profissional da enfermagem se utiliza da reminiscência no processo de cuidar de idosos, os escores de depressão e ansiedade reduzem significativamente. Ao promover a autoestima, regula-se a emoção cognitiva; logo, eleva-se a satisfação dos idosos com a vida<sup>(24)</sup>.

Nesta pesquisa, todavia, a reminiscência não foi analisada como uma técnica terapêutica aplicada, mas tomada como um processo de autovalorização das lembranças pelo próprio idoso, ou seja, entendida como a capacidade mental de abstrair situações de superação de suas vivências para elevar sua autoestima. Para o idoso, quem se valoriza contenta-se com o modo de ser e demonstra, conseqüentemente, confiança que seus atos e julgamentos foram suficientes para cumprir sua missão, principalmente de mãe ou pai.

Dessa forma, a reminiscência foi auto processada pelo idoso como ação motivadora para superação dos desafios causados pelo seu estado de dependência funcional

e reclusão no leito. Mostrou-se, portanto, uma estratégia de enfrentamento do idoso para se fortalecer e manter-se vivo na esperança de recuperar sua deambulação.

Considerando o exposto, ressalta-se que esta experiência sucedeu em regiões adscritas à ESF, com dificuldades de assistir idosos no domicílio, em recuperação de cirurgia do fêmur. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos, o acompanhamento efetivo pelas equipes interdisciplinares, a partir de um programa de reabilitação, desde alta planejada até o domicílio, pode compor estratégias que contribuam para minimizar os efeitos indesejáveis da cirurgia pós fratura de fêmur em idosos, atuando no gerenciamento e alívio do sofrimento causada pela dor, seja, por administração de analgésicos ou outras estratégias para o restabelecimento da independência e dignidade, perdida durante o processo de recuperação<sup>(25)</sup>.

Considerou-se limitação deste estudo, a não inclusão de grupo amostral de idosos que não haviam recuperado a marcha, em razão da dificuldade de localizá-los, pois segundo informações de familiares contactados verificou-se que, a maioria havia falecido por complicações cirúrgicas e ou piora da qualidade de vida, por não terem recuperado a marcha.

Uma das contribuições desta pesquisa é o modelo teórico sinalizando para a necessidade de se reestruturar a rede de atenção ao idoso no Sistema Único de Saúde, de forma a incentivar os hospitais a prepararem o binômio idoso dependente-cuidador familiares para a alta programa-

da, assim como a rede de atenção primária de saúde com equipe interprofissional para assistir esse binômio no processo de reabilitação, de forma a prevenir indignidades com situações modificáveis, como sofrimento com a dor, medo de nova queda, bem como quaisquer ameaças ao resgate

da autonomia do idoso em pós-operatório de cirurgia de fratura de fêmur, após queda.

## CONCLUSÃO

O modelo teórico emerso explica as estratégias psicossociais do idoso (família,

religiosidade e reminiscência) para reabilitação da marcha após cirurgia de fratura de fêmur, como valor social e interativo no processo de cuidar de pessoas idosas no resgate de sua autoconfiança para a deambulação. 🐦

## Referências

1. Kim, SH. Risk factors for severe injury following indoor and outdoor falls in geriatric patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;62:75-82. DOI: 10.1016/j.archger.2015.10.003.
2. Almeida LMS, Meucci RD, Dumith SC. Prevalence of falls in elderly people: a population based study. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(11):1397-1403. DOI: 10.1590/1806-9282.65.11.1307.
3. Makino K, Makizako H, Doi T, Tsutsumimoto K, Hotta R, Nakakubo S, et al. Impact of fear of falling and fall history on disability incidence among older adults: prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(4): 658-662. DOI: 10.1002/gps.4837.
4. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hoof T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing.* 2008;37(1):19-24. DOI: 10.1093/ageing/afm169.
5. Moura SRB, Vieira JPPN, Santos AMR, Mesquita GV, Ribeiro JLV. Percepção de idosos sobre o risco de queda. *Rev Interdisciplinar [Internet].* 2017; [cited 2019 Sept 8] 10(4):1-1. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1291/pdf\\_214](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1291/pdf_214).
6. Santos SCA, Figueiredo DMP. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. *Ciênc. saúde colet.* 2019;24(1):77-86. DOI: 10.1590/1413-81232018241.29932016.
7. Santos, NMC, Silva JCA, Lui LCP, Andrade AO de, Beserra NJC, Cavalcante TB. Avaliação funcional de idosos com fratura do colo do fêmur submetidos à artroplastia de quadril. *Rev Pesq Saúde.* 2018;19(3): 103-107. DOI: 10.366/40125/2/PB.
8. Garcia PA, Dias JMD, Silva LA, Dias C. Prospective monitoring and self-report of previous falls among older women at high risk of falls and fractures: a study of comparison and agreement. *Braz J Phys Ther.* [Internet]. 2015 June [cited 2020 July 06] 19(3): 218-226. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0095.
9. Ono NK, Lima GD de A, Honda EK, Polesello GC, Guimarães RP, Ricioli Júnior W, et al. Artroplastia parcial no tratamento das fraturas do colo do fêmur. *Rev bras ortop [Internet].* 2010;45(4):382-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162010000400007>.
10. Piau A, Krams T, Voisin T, Lepage B, Nourhashemi F. Use of a robotic walking aid in rehabilitation to reduce fear of falling is feasible and acceptable from the end user's perspective: a randomised comparative study. *Maturitas.* 2019;120:40-46. DOI: 10.1016/j.maturitas.2018.11.008.
11. Young WR, Mark Williams A. How fear of falling can increase fall-risk in older adults: applying psychological theory to practical observations. *Gait & Posture.* 2015;41(1):7-12. DOI: 10.1016/j.gaitpost.2014.09.006.
12. Griffiths F, et al. Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open.* 2015;5(1):1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005406.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
14. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.* 4rd edition. Thousand Oaks: Sage; 2015.
15. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration.* 10th edition. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 2010.
16. Gordon JS. Indignity and old age. *Bioethics.* 2018;32(4):223-32. DOI: 10.1111/bioe.12434.
17. Taylor SE, Broffman JI. Chapter one - Psychosocial resources: functions, origins, and links to mental and physical health. In: Olson JM, Zanna MPBT-A in ESP, editors. Academic Press; 2011. p. 1-57. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123855220000019>.
18. Costa FM, Nakata PT, Morais EP. Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Texto & Contexto Enferm.* 2015;24(3):818-25. DOI: 10.1590/0104-07072015002730014.
19. Dias EM, Pais-Ribeiro JL. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *Psic saúde & doenças.* 2018;19(3):591-604. DOI: 10.15309/18psd190310
20. Lucchetti A, Barcelos-Ferreira R, Blazer DG, Moreira-Almeida A. Spirituality in geriatric psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(4):373-377. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000424.
21. Reis LAD, Menezes TMD. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Rev Bras Enferm.* 2017;70:761-6. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0630.
22. Kapri A, Kathpalia J. Impact of spirituality on well-being of old aged people. *Indian journal of health and wellbeing [Internet]* 2019 [cited 2019 Sept 14];10(4-6):129-131. Available from: <http://www.i-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/185266>.
23. Shropshire M. Reminiscence intervention for community-dwelling older adults without dementia: a literature review. *Br J Community Nurs.* 2020;25(1):40-44. DOI:10.12968/bjcn.2020.25.1.40.
24. Zhang HH, Liu PC, Ying J, Shi Y, Wang SQ, Zhang ML, et al. Evaluation of message communication strategy combined with group reminiscence therapy on elders with mild cognitive impairment in long-term care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(4):13-622. DOI: 10.1002/gps.4822.
25. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta Nº 21, de 24 de setembro de 2018. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos. *Diário Oficial da, Brasília, 01 out.* 2018; Seção1.