



## **A intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação nos idosos com fratura proximal do fémur**

**Andrea Joana Silva Fernandes**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

**Orientada por:**

**Professor Doutor Rui Pimenta**

**Professora Doutora Carminda Morais**

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Vila Nova de Gaia, julho de 2016





## **A intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação nos idosos com fratura proximal do fémur**

**Andrea Joana Silva Fernandes**

**Professora Doutora Carminda Morais**

**Professor Doutor Rui Pimenta**

Vila Nova de Gaia, julho de 2016

## Resumo

O enfermeiro de reabilitação possui um campo de competências, fundamental na promoção e na manutenção da saúde da pessoa idosa, norteado por uma assistência direta nos vários níveis de complexidade, compreendendo uma abordagem holística e compartilhada, onde o idoso/família/comunidade tem o seu papel preservado.

O objetivo deste estudo é avaliar a independência funcional do idoso após fratura proximal do fêmur após intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Procurou-se com a presente investigação perceber se os idosos com fratura proximal do fêmur submetidos a intervenção do enfermeiro de reabilitação, registam melhores índices a nível das dimensões da independência funcional, do que os idosos que apenas lhes foram prestados cuidados gerais de enfermagem.

Para a realização deste estudo foi aplicada o Índice de Barthel, complementado com um questionário sociodemográfico, numa amostra de 80 participantes com fratura proximal do fêmur, no serviço de Traumatologia do Centro Hospitalar S. João E.P.E. Dos 80 participantes, 40 tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação e 40 não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Os resultados obtidos no estudo demonstraram que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribuiu para uma maior independência funcional ( $p=0,001$ ) assim como nas dimensões alimentação ( $p=0,022$ ), higiene corporal ( $p=0,041$ ), utilizar a casa de banho ( $p=0,001$ ), subir escadas ( $p=0,001$ ), transferência cadeira / cama ( $p=0,001$ ) e deambulação ( $p=0,001$ ) relativamente aos idosos sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Relativamente à influência das características sociodemográficas e à intervenção do enfermeiro de reabilitação no idoso com fratura proximal do fêmur, verificou-se que houve melhoria na independência funcional no grupo etário 65-80 anos ( $p=0,001$ ), em ambos os sexo ( $p=0,001$ ), nos casados ( $P=0,001$ ) e no nível de escolaridade superior ao básico com ( $p=0,001$ ).

Foram assim evidenciados ganhos substantivos com pessoas idosas em processo de recuperação de fraturas proximais do fêmur, decorrentes da intervenção da enfermagem especializada em reabilitação.

**Palavras-chave:** Fratura proximal do fêmur, Enfermeiro Reabilitação, independência funcional, índice de barthel

## Abstract

The rehabilitation nurse has a skills course, essential in promoting and maintaining the health of the elderly, guided by direct assistance at various levels of complexity, including a holistic and collaborative approach, where the elderly / family / community has its preserved paper.

The aim of this study is to evaluate the functional independence of the elderly after proximal femur fracture after intervention of rehabilitation nurse.

It sought with this research to understand whether the elderly with proximal femur fracture underwent the intervention of rehabilitation nurse, best record levels in terms of the dimensions of functional independence of the elderly that only they were provided general nursing.

For this study was applied to the Barthel Index, complemented with a sociodemographic questionnaire, a sample of 80 participants with proximal femur fracture in the Traumatology service Hospital S. João E.P.E. Of the 80 participants, 40 had intervention of rehabilitation nurse and 40 had no intervention of rehabilitation nurse.

The results of the study showed that the intervention of rehabilitation nurse contributed to a greater functional independence ( $p = 0.001$ ) as well as in power dimensions ( $p = 0.022$ ), body care ( $p = 0.041$ ), use the bathroom ( $p = 0.001$ ), climb stairs ( $p = 0.001$ ), transfer chair / bed ( $p = 0.001$ ) and ambulation ( $p = 0.001$ ) for the elderly without the intervention of rehabilitation nurse.

Regarding the influence of sociodemographic characteristics and the intervention of rehabilitation nurse in elderly patients with proximal femur fracture, it was found that there was improvement in functional independence in the age group 65-80 years ( $p = 0.001$ ) in both genders ( $p = 0.001$ ), the married ( $P = 0.001$ ) and the level of higher education to basics with ( $p = 0.001$ ).

They were well evidenced substantial gains with elderly people in recovery of proximal fractures of the femur di stemming from specialized in rehabilitation nursing intervention.

**Keywords:** proximal femur fracture, Nurse Rehabilitation, functional independence, barthel index

## Resumen

La enfermera de rehabilitación tiene unas habilidades esenciales del curso, en la promoción y mantenimiento de la salud de las personas mayores, guiado por la asistencia directa en los distintos niveles de complejidad, incluyendo un enfoque holístico y de colaboración, en el que el / la familia / comunidad de ancianos tiene su papel conservado.

El objetivo de este estudio es evaluar la independencia funcional de los ancianos después de una fractura de fémur proximal después de la intervención de la enfermera de rehabilitación.

Se busca con esta investigación para entender si los ancianos con fractura de fémur proximal se sometieron a la intervención de la enfermera de la rehabilitación, mejores niveles sin precedentes en términos de las dimensiones de la independencia funcional de los ancianos que sólo se les proporcionó enfermería general.

Para este estudio se aplicó el Índice de Barthel, complementado con un cuestionario sociodemográfico, una muestra de 80 participantes con fractura de fémur proximal en el servicio de Traumatología del Hospital S. João E.P.E. De los 80 participantes, 40 tenían la intervención de la enfermera de rehabilitación y 40 tenido ninguna intervención de la enfermera de la rehabilitación.

Los resultados del estudio mostraron que la intervención de la enfermera de rehabilitación contribuyó a una mayor independencia funcional ( $p = 0,001$ ), así como en las dimensiones de potencia ( $p = 0,022$ ), el cuidado del cuerpo ( $p = 0,041$ ), utilizar el cuarto de baño ( $p = 0,001$ ), subir escaleras ( $p = 0,001$ ), la transferencia de la silla / cama ( $p = 0,001$ ) y la deambulación ( $p = 0,001$ ) para los ancianos sin la intervención de la enfermera de rehabilitación.

En cuanto a la influencia de las características sociodemográficas y la intervención de la enfermera de rehabilitación en pacientes ancianos con fractura de fémur proximal, se encontró que hubo una mejoría en la independencia funcional en el grupo de edad de 65-80 años ( $p = 0,001$ ) en ambos sexos ( $p = 0,001$ ), los casados ( $p = 0,001$ ) y el nivel de la educación superior a lo básico con ( $p = 0,001$ ).

Estaban bien evidenciaron una mejora sustancial con las personas de edad avanzada en la recuperación de las fracturas proximales del fémur derivado de di especializada en la intervención de enfermería de rehabilitación.

**Palabras clave:** fractura de fémur proximal, enfermera de rehabilitación, independencia funcional, índice de Barthel

## **Agradecimentos**

No final desta etapa, é com muita satisfação que agradeço, a todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu pudesse terminar este trabalho, e que puderam dedicar um bocadinho do seu tempo a este estudo.

À Professora Doutora Carmina Morais e ao Professor Doutor Rui Pimenta, pelo seu enorme apoio, dedicação, disponibilidade e sugestões.

Ao Enfermeiro Chefe do serviço de Traumatologia, pelo seu apoio, acompanhamento, aconselhamento e disponibilidade, sem o qual não teria conseguido.

Aos colegas do serviço de Traumatologia pela ajuda e colaboração imprescindível na realização deste estudo.

Aos doentes, pela disponibilidade e colaboração.

Um muito obrigado do tamanho do mundo aos meus pais Miro e Teresa, por tudo o que fizeram por mim, foram eles que me deram tudo para que eu conseguisse chegar aqui.

Aos meus sogros Fernando e Conceição por estarem sempre presentes e disponíveis.

Ao meu príncipe Tomás e ao Francisco que ainda vai nascer por terem sempre feito parte deste projeto e por tornarem possível que se tornasse realidade.

Por fim, dedico esta dissertação ao meu marido Fernando, pela persistência, apoio incondicional e por nunca ter desistido, mesmo nos momentos mais difíceis da nossa vida.

O meu muito obrigado a todos, aos presentes e aos ausentes...

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,  
não seremos capazes de resolver os problemas  
causados pela forma como nos acostumamos  
a ver o mundo.”  
**(Albert Einstein)**

### **Lista de acrónimos, siglas e abreviaturas**

CHSJ	Centro Hospitalar São João
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
INE	Instituto Nacional Estatística
Interven.	Intervenção
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization

## Índice

Introdução.....	1
Parte I–Constructo norteador da pesquisa.....	3
1. Cuidar do idoso na atualidade.....	4
2. O idoso com fratura da extremidade proximal do fémur.....	7
3. Cuidar em enfermagem de reabilitação: um processo de competências e aperfeiçoamento..	13
4. Gestão hospitalar .....	17
Parte II–Trabalho Empírico.....	20
5. Metodologia.....	21
5.1. Formulação do problema e questão de investigação .....	21
5.2. Tipo de estudo.....	21
5.3. Amostra .....	22
5.4. Variáveis .....	23
5.4.1. Variável dependente .....	23
5.4.2. Variáveis independentes .....	23
5.4.2.1. <i>Variáveis sociodemográficas</i> .....	24
5.4.2.2. <i>Variáveis caracterização durante o internamento</i> .....	24
5.5. Hipóteses do estudo .....	25
5.6. Recolha e tratamento de informação.....	26
5.7. Tratamento estatístico .....	28
5.8. Princípios éticos e legais.....	29
6. Resultados .....	31
6.1. Caracterização sociodemográfica.....	31
6.2. Propriedades psicométricas do instrumento .....	34
6.3. Estudo de hipóteses.....	36
7. Discussão dos resultados .....	43
Conclusões .....	48
Referências bibliográficas.....	50
Anexos .....	59
Anexo I- Questionário socio-demográfico .....	60
Anexo II- Índice de Barthel .....	63
Anexo III - Autorização do conselho de administração e parecer da comissão de ética.....	65
Anexo IV – Teste de U Mann-Whitney dimensões da independência funcional .....	70

## Índice de tabelas

Tabela 1. Critérios de elegibilidade.....	23
Tabela 2. Pontuação do grau de dependência.....	27
Tabela 3. Consistência interna.....	28
Tabela 4. Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas por grupo .....	33
Tabela 5. <i>Alpha Chronbach</i> e Nr. de Itens das dimensões em estudo .....	34
Tabela 6. Teste da Normalidade Coeficiente Assimetria-Curtose das dimensões em estudo..	35
Tabela 7. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística na independência funcional .....	36
Tabela 8. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística das dimensões da independência funcional .....	38
Tabela 9. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística por grupo etário .....	39
Tabela 10. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística por sexo.....	40
Tabela 11. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística por estado marital .....	41
Tabela 12. Teste- <i>T</i> de <i>Student</i> – Inferência Estatística por nível de escolaridade .....	42

## Introdução

O fenómeno do envelhecimento tem suscitado um interesse global, uma vez que aliado à conquista de mais anos de vida, também se associa a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade dos laços familiares, a indisponibilidade familiar em dar apoio efetivo aos idosos, a crescente incapacidade dos sistemas de proteção social e as constantes mudanças das relações sociais que agravam e diminuem a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Moniz, 2003).

No trajeto da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade o idoso depara-se com alterações a nível biológico, que são traduzidas a nível da capacidade funcional e da alteração do estatuto social que o idoso enfrenta nesta fase da vida (Andrade, 2009).

Este aumento de longevidade, associado a doenças crónicas e incapacidades, alude a novos desafios na saúde, nomeadamente aos enfermeiros, no sentido de equacionar a problemática da independência funcional, pois tão importante como dar anos à vida, é necessário dar vida aos anos.

A anca, de todas as grandes articulações, é sem dúvida a mais complexa na sua forma e também a mais desprotegida, com uma conseqüente vulnerabilidade acrescida. Perante uma cirurgia como conseqüência da fratura proximal do fémur, o idoso vivência alterações a nível da mobilidade/andar, comprometendo a sua interação com o meio, e o desenvolvimento do seu potencial para a realização das atividades de vida diária.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na promoção e na manutenção da saúde da pessoa idosa, norteado por uma assistência direta nos vários níveis de complexidade, compreendendo uma abordagem holística e compartilhada, onde o idoso/família/comunidade tem o seu papel preservado.

De acordo com Chainça Rebelo e Almeida (2009) a motivação é fundamental para a recuperação do doente, pelo que esta passa pela intervenção de uma equipa multidisciplinar da qual o enfermeiro de reabilitação faz parte, sendo que o seu papel é preponderante na aquisição da independência funcional.

Baseada nestes pressupostos, surgiu a necessidade de realizar um estudo subordinado à temática relativa ao estudo dos ganhos com a intervenção do enfermeiro de Reabilitação, no idoso com fratura proximal do fémur, durante o internamento hospitalar. Deste modo, tornou-se pertinente analisar se coma intervenção do enfermeiro de reabilitação o doente atingiu níveis de independência funcionais superiores aos que não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) o papel dos enfermeiros especialistas é fundamental na prevenção de complicações, na promoção da independência funcional e na qualidade de vida do idoso e da família, o que traduz ganhos e saúde. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação através dos conhecimentos e competências específicas que lhe são reconhecidos pela sua tutela, deve ser um elemento ativo na gestão e melhoria de cuidados especializados à população, com o objetivo de maximizar o potencial funcional do doente.

Desta forma, corrobora-se com o paradigma definido pela Ordem dos Enfermeiros (2011), pelo que se definiu como objetivo principal do estudo avaliar a independência funcional do idoso após fratura proximal do fémur submetidos à intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Foi definido como objetivos específicos deste estudo perceber se os idosos com fratura proximal do fémur submetidos a intervenção do enfermeiro de reabilitação, registam melhores índices a nível das dimensões da independência funcional, do que os idosos que apenas lhes foram prestados cuidados gerais de enfermagem.

Igualmente, procurou-se analisar e explorar as relações entre os índices de independência funcional e as variáveis independentes, como fatores de preditivos de influência, que pudessem clarificar essa relação, das quais idade, sexo, estado marital e o nível de escolaridade.

Este estudo trata-se de um estudo “*quasi experimental*” e surge de uma necessidade ou problema atual do contato direto com o idoso e com o diagnóstico de fratura proximal do fémur. Deste modo, é pertinente conhecer o nível de independência funcional que os idosos atingem após fratura proximal do fémur com intervenção do enfermeiro de reabilitação. É neste contexto que foi realizado este estudo, tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão foi definida uma amostra do tipo probabilística aleatória de 80 doentes, dos quais 40 tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação e 40 não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Dividido em duas partes distintas, este estudo assenta primeiramente na abordagem dos construtos norteadores da pesquisa, enfatizando o conceito de idoso, fratura proximal do fémur e a importância do enfermeiro de reabilitação. Na segunda parte, ou seja, no estudo empírico, será desenhado o percurso metodológico para a realização do estudo desde a seleção da amostra, passando pelo tratamento e análise de resultados e finalizando com a discussão dos mesmos e conclusões.

## **Parte I–Constructo norteador da pesquisa**

## 1. Cuidar do idoso na atualidade

Reconhecido como o último período de vida, o envelhecimento abarca o tempo que vai para além da saída laboral, que se inicia aos 65 anos e é considerado “(...) um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo” (Ermida, 1999, p. 43).

De acordo com os dados apresentados pelo Instituto nacional de Estatística (2011), a esperança média de vida da população portuguesa é de 79,20 anos, o que vai de encontro aos estudos de Almeida, Ribeiro, Milane e Alves (2008) e de Maciel e Guerra (2007), em que a faixa etária dos seus inquiridos idosos era superior a 75 anos.

O aumento da longevidade é uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (2014), que delinea como prioridade a elaboração de estratégias que promovam um envelhecimento com qualidade.

Neste contexto a Organização Mundial de Saúde (2014) reforçou a abordagem do processo “envelhecimento ativo”, tendo como alicerce a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2014) o envelhecimento ativo visa dar uma imagem positiva do idoso, demonstrando a importância que o aumento da longevidade tem para a sociedade.

São os idosos que maior número de exigências e desafios colocam aos cuidados de saúde, tendo como finalidade a promoção de saúde e bem – estar, e para fazer face às situações de morbilidade e dependência, emerge a pertinência de um modelo orientador dirigido à prevenção, tratamento da doença e à promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em resposta a um conjunto de preocupações resultantes tanto dos novos paradigmas da saúde e da doença como dos contextos em que estas se processam surgiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção Geral de Saúde, 2006). É com uma responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos que o Estado Português desenvolve estratégias centradas no idoso, de forma a promover a sua autonomia, indo de encontro às suas necessidades e às dos que o rodeiam de forma a “ (...) minimizar os custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população” (Direção Geral da Saúde, 2006, p. 6). Deste programa ressaltam três pilares fundamentais: promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde as necessidades específicas das pessoas idosas;

promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência.

De acordo com Espanadeiro (2008) atualmente o mundo encontra-se a envelhecer rapidamente, pelo que Portugal não é caso excecional o que deve ser alvo de preocupação e reflexão por parte da sociedade.

Em 2011, 19% da população portuguesa tinha mais de 65 anos, pelo que é interpretado como que Portugal, tem um maior valor populacional idosa do que jovem (Instituto Nacional de Estatística 2011).

O nível de dependência funcional no idoso tem repercussões primeiramente para o doente e posteriormente para a família, meio envolvente e sistema nacional de saúde, dado que a incapacidade e conseqüente dependência é refletida na sua autoestima, realização pessoal e vulnerabilidade (Cerveira, 2011).

O aumento significativo do número de idosos, obriga à criação de estratégias globais e integradas que permitam garantir a qualidade de vida populacional. A qualidade é um conceito evolutivo determinado por um conjunto de características, em função de critérios próprios, com objetivo de manter a sua autonomia e independência, não descorando que mais importante do que a cura para determinada doença é a qualidade de vida com que se fica após a mesma (Vieira, 2003).

A noção de bem-estar como uma “(...) imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência” (CIPE, 2011, p.95), assenta na perceção individual do idoso, no seu contexto, sistema cultural e de valores, relacionado com objetivos de vida, expectativas, normas, preocupações, incluindo a saúde física o estado psicológico, o nível de independência, relações sociais, crenças, convicções e relação individual com aspetos do meio ambiente (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Reconhecendo-se a sua importância como veículo de bem-estar, a saúde faz parte do nosso quotidiano e está intrínseca tal como as nossas características individuais. O bem-estar físico é atribuído ao bom funcionamento do corpo, isto é, normalidade biológica, boa forma física, e capacidade de realização de tarefas. O bem-estar social abrange as relações interpessoais e questões sociais como: satisfação material, empregabilidade e envolvimento comunitário. Por fim o bem-estar mental integra a autoeficácia, o bem-estar subjetivo bem como a competência social e a robustez psicológica (Laverack, 2004). Se pensarmos em saúde como “(...) o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o

controle do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual, (...) variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, consoante situação que lhe é colocada” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.6) poderemos perceber de que forma é que esta influencia toda a experiência de vida do idoso, pois uma “boa saúde” permite associar mais energia para efetuar as atividades de vida diária de forma mais independente e durante mais tempo.

São fatores individuais, biológicos, genéticos e psicológicos associados a fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais, que resultam no declínio das funções do idoso. Segundo Ferreira (2008), Cadete (2005) e o envelhecimento pode não ser só consequência da idade, mas também de patologias secundárias, são estas que promovem o aumento da incapacidade funcional, levando a repercussões a nível do idoso, família e comunidade.

De acordo com vários estudos e fontes de informação, os idosos são maioritariamente casados, vivem com o cônjuge e têm baixa escolaridade (Censos, 2011; Sequeira, 2007; Martins, 2006; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Franco & Costa, 2001).

Cada idoso, de forma individual, adapta-se sucessivamente às suas capacidades e padrões de forma a atingir determinado desempenho e/ou resultado mantendo-se ativo, com melhor qualidade de vida e expectativa de vida saudável, contrariando a vulnerabilidade e morbidade muitas vezes associadas a este processo. São estes mecanismos de adaptação, designados como “(...) o conjunto de modificações de estrutura, de desenvolvimento e função que os seres vivos têm de sofrer para assegurar a sua sobrevivência sob condições substancialmente alteradas (...)” (Moura, 2006, p.51), indispensáveis para a manutenção da estabilidade emocional e psíquica. A constatação deste fenómeno levou a uma preocupação crescente por parte dos serviços alocados à saúde, através da promoção de programas desenvolvidos na comunidade. Os desafios que ocorrem neste âmbito, perspetivam a pessoa situada na família e no seu meio, com o objetivo de maximizar as suas funções físicas e intelectuais a fim de desenvolver as habilidades necessárias para alcançar uma melhor qualidade de vida. As fraturas do fémur são uma das grandes problemáticas do idoso, particularmente no idoso do sexo feminino, estas na grande maioria dos casos estão associadas a quedas com energia de baixo impacto. (Tarazona et al., 2012) A grande problemática não só na diminuição da capacidade funcional, mas também na conseqüente elevada taxa de mortalidade e morbidade (Pereira, Buksman, Perracini & Barreto, 2002).

## **2. O idoso com fratura da extremidade proximal do fêmur**

O aumento da longevidade associado a uma maior autonomia e independência por parte do idoso leva à diminuição da qualidade do osso, provocado pelo desgaste osteoporótico o que leva a elevados casos de fratura da extremidade proximal do fêmur (Alves et al., 2012).

As fraturas do colo do fêmur e as fraturas do trocânter são predominantes na raça branca e no sexo feminino depois da menopausa (Serra, 2001).

Existem vários estudos a nível internacional e nacional, realizados a idosos com fratura do fêmur, que concluem que este tipo de fratura é superior no sexo feminino (Araújo, Pais, Oliveira, & Martins, 2008; Almeida, 2008; Carvalho, Pinto, & Mota, 2007; Martins, 2004; Rosa, 2003; Sousa et al., 2003; Koukouli, Vlachonikolis, & Philalithis, 2002; Branco, Nogueira & Dias, 2001).

Fratura é definida como uma lesão grave das partes moles com descontinuidade óssea. Comumente a definição de fratura não enfatiza tanto as partes moles, proporcionalmente à parte óssea, no entanto é de extrema importância para o enfermeiro de reabilitação que tem como objetivo que o idoso adquira a sua independência funcional no menor período de tempo possível (Rebelato & Morelli, 2011).

As fraturas da extremidade proximal do fêmur podem levar à morte do idoso, sendo que a sua taxa de mortalidade e morbidade é elevada, sendo de extrema dificuldade retomar a sua independência funcional como existia antes da fratura (Pereira et al., 2002).

As fraturas da extremidade proximal do fêmur podem ocorrer em três zonas anatómicas distintas: trocânter, colo do fêmur e subtrocânter.

As fraturas do colo do fêmur podem ser subdivididas em capitais, subcapitais e basicervicais e é de acordo com a sua localização anatómica que é determinada qual a fixação interna e o prognóstico. De acordo com Sérgio (2005), estas podem ser consequência de traumatismo, stress, irradiação e neoplasia (patológicas).

As fraturas do colo do fêmur de acordo com Garden podem ser classificadas em quatro graus, fundamentadas no nível de deslocamento. O grau I e II é característico das fraturas do colo do fêmur sem desvio, no grau III e IV existe desvio da fratura e risco de comprometimento circulatório (Serra, 2001).

O tratamento cirúrgico da fratura permite mobilização do membro operado e carga parcial do mesmo.

As fraturas trocântéricas e subtrocântéricas, tal como as anteriores, também, podem ser provocadas por trauma e são maioritariamente oblíquas.

A classificação mais utilizada para este tipo de fraturas é a de Tronzo e é dividida em cinco tipos. Nos tipos I e II a fratura só tem um traço que é o principal, permite uma redução simples com contacto direto entre os dois topos ósseos. Nos tipos III e IV existem dois ou três traços de fratura e a redução efetuada é instável devido à presença do terceiro fragmento ósseo. O tipo V é o mais raro e consiste na existência de um traço que tem início na região proximal e término na distal (O'Sullivan & Schmitz, 2010).

O tratamento mais comum neste tipo de fraturas é o encavilhamento endomedular e osteosíntese com placas, com ou sem parafusos.

A problemática da fratura da extremidade proximal do fémur consiste na correlação direta entre a osteoporose e as quedas na população idosa associada à deterioração física, emocional, psicológica e social, provocando a diminuição do nível de independência funcional após a fratura em pessoas idosas, de acordo com a Direção Geral de Saúde (2003) há uma incidência nos idosos com 80 anos, tendo o sexo feminino uma prevalência de 13:3 relativamente ao masculino. No entanto, segundo o estudo realizado por Cunha, Monteiro, Ribeiro e Martins (2007), independentemente do sexo a intervenção do enfermeiro de reabilitação evidencia ganhos relativamente à independência funcional a nível do autocuidado.

Após uma fratura da extremidade proximal do fémur há um acréscimo da morbilidade (Direção Geral da Saúde, 2003) e de mortalidade (Kirk-Sanchez, 2004), com elevados custos para a saúde pessoal (Shyuet al., 2004) bem como económicos (Olsson, Nystrom, & Karlsson, 2007), repercutindo-se no aumento da despesa em serviços de saúde (Röderet al., 2003).

Na população com mais de 50 anos o risco de fratura da extremidade proximal do fémur aumenta 100% em cada 10 anos, sendo que na sua maioria não consegue recuperar o nível de independência funcional, que lhes permite executar as atividades de vida diárias (Lin & Chang, 2004).

A mortalidade tem um acréscimo de 10-35% no primeiro ano pós-fratura, estando na maioria dos casos relacionada com a imobilidade e com os reinternamentos consecutivos (Lin & Chang, 2004).

Numa fase pós-fratura a capacidade que o doente tem para a marcha é a mais afetada, o que condiciona a aquisição de autonomia (Ingemarsson, Fradin, Mellstrom, & Mollerr, 2003). No entanto quanto mais precoce o doente retomar a marcha, maior será a taxa de sucesso. Como forma de promover a autonomia foram criadas unidades de cuidados de continuados de convalescença com o objetivo de promover o autocuidado e reeducar estes doentes nas atividades de vida diárias, num contexto intra hospitalar (Santos, 2006).

A Direção Geral da Saúde (2003) admite a existência de uma dicotomia nos procedimentos de reabilitação relativamente ao doente com fratura da extremidade proximal do fémur, que é expresso no tempo médio de internamento que varia de 6 a 29,2 dias consoante a Instituição hospitalar.

Rockwood (2007) elaborou um estudo, onde refere que os idosos com fratura proximal do fémur submetidos a um programa intensivo de reabilitação, que foi aumentando gradualmente ao longo do internamento, atingiram um grau de independência e autonomia mais rápido e usava os produtos de apoio com mais facilidade.

Este é um problema sensível aos cuidados de enfermagem. A forma como estes são prestados com maior ou menor envolvimento da pessoa assistida e família, condiciona a independência para o autocuidado, incluindo a capacidade de marcha. Lin, Hung, Liao, Sheen e Jong (2006) crêem que a necessidade de cuidados está intimamente relacionada com o nível de funcionalidade física e com o grau de dependência de outros.

A fratura do colo do fémur ocorre em 44 a 70% dos indivíduos acima dos 55 anos (Chadwick, 2001). O período mais comum é entre 50 e 60 anos, no entanto, na faixa etária acima dos 75 anos, esse número eleva-se para 85% (ibidem, 2001).

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

De acordo com o estudo realizado por Andrade (2009) conclui que os idosos com faixa etária entre os 75 e 84 anos (25%) apresentam uma incapacidade moderada de acordo com o índice de Barthel e que acima dos 95 anos o grau de incapacidade aumenta quatro a cinco vezes mais do que aos 65 anos, o que faz com que a incapacidade dos participantes aumente, o que está de acordo com o presente estudo.

As fraturas da extremidade do terço proximal do fémur têm como tratamento preferencial, o cirúrgico, por o conservador estar associado a uma taxa elevada de morbilidade e conseqüente taxa de mortalidade. O tratamento conservador só é indicado para doentes sem condições operatórias (Browner, et al., 2000).

No doente idoso antes de escolher a abordagem cirúrgica, é preponderante proceder à avaliação da sua qualidade de vida, da autonomia nas atividades de vida diárias e patologias associadas antes da fratura.

A artroplastia total ou parcial da anca tem como objetivo primordial a substituição da articulação por uma artificial, mas igualmente funcional e duradoura. A cartilagem da

articulação natural é muito resistente, contudo, esta pode ser destruída por artrose, traumatismo ou sobrecarga, pelo que o único tratamento é o cirúrgico que implica a substituição total ou parcial da articulação (Heetveld, 2005).

Um sistema músculo-esquelético a funcionar em pleno é essencial para manter uma boa capacidade de mobilidade física. Não podemos esquecer que a diminuição desta é perturbadora para o idoso, que tem mais lentidão em reaprender e a utilizar os músculos lesados, assim, o conhecimento e a perícia do enfermeiro de reabilitação poderão oferecer um ótimo nível de cuidar, no sentido de promover maior e/ou melhor qualidade de vida.

A cirurgia ortopédica tem evoluído muito nos últimos anos, no entanto a fratura do colo do fémur, continua a ser um desafio, por apresentar uma elevada taxa de complicações.

De acordo com Browner et al. (2000) as complicações mais frequentes são a pseudoartrose em 25% das fraturas desviadas, falha na fixação, necrose vascular, falha na artroplastia e úlceras de pressão em doentes acamados durante um tempo prolongado.

A fratura da extremidade proximal do fémur tem como consequência a diminuição da autonomia funcional e consequente mobilidade e alteração do equilíbrio / andar. Associada à sua natureza específica, a mobilidade, está relacionada e afeta a funcionalidade total, assume-se como o “(...)movimento voluntário e psicomotor do corpo, coordenação dos movimentos musculares e articulares, desempenho do equilíbrio, posicionamento corporal e o deslocamento” (CIPE, 2005, p.93).

De acordo com Duarte, Andrade e Lebrão (2007), a mobilidade pode ser entendida como um processo complexo da pessoa, que visa desempenhar determinadas atividades diárias, que vão desde as relações sociais, às atividades do quotidiano, assim como os comportamentos adquiridos no dia-a-dia. Assim, a mobilidade, descreve a capacidade de movimento, como sendo uma das essenciais e mais importantes atividades humanas. Por exemplo: a capacidade para movimentar o corpo é vista como um mecanismo normal, pois permite empurrar, puxar, levantar, andar, correr, manter posição, mas quando esta fica afetada, pode resultar numa dificuldade para o normal exercício das AVD, bem como as relações interpessoais. Segundo Hoeman (2000, p.8) os “(...)aspectos físicos e psicológicos, o meio social, a incapacidade ou deficiência fisiológica, as alterações patológicas ou degenerativas dos tecidos e os acidentes, são exemplos de circunstâncias que podem impedir um utente de caminhar em direção à máxima independência”. A relação da mobilidade com todas as outras atividades de vida é patente pois todas elas envolvem movimento.

De acordo com estudos realizados por Chainça et al., (2009) os idosos com fratura proximal do fêmur têm grande dificuldade em adquirir o mesmo grau de mobilidade que tinham antes da fratura, daí a importância em readquirir a independência funcional.

A saúde não passa pela medição da presença ou não de doenças mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional, uma vez que a maioria dos idosos se considera pessoas saudáveis independentemente de determinados problemas associados. Falamos essencialmente da capacidade de adaptação que consiste na forma como o idoso é capaz de superar as crises e incapacidades, manter uma autonomia de vida e evolução do seu estado funcional, sendo fundamental a avaliação clínica associada a uma correta avaliação funcional (Cabete, 2005). Segundo Cabete (2005, p.15) o estado funcional da pessoa idosa é “(...)a interação entre dois conjuntos de variáveis: as variáveis individuais, ou competências, e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente) (...)”, que traduz a capacidade de se manter autónomo e ativo num determinado ambiente. As limitações funcionais são denominadas restrições na realização de ações físicas e operações mentais fundamentais para a vida diária (Pereira & Gomes, 2004).

A avaliação funcional traduz-se por um método que visa definir as capacidades que o indivíduo tem para desempenhar as suas atividades de vida diária se interagir socialmente (Schneider, Marcolin,&Dalacorte, 2008).

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) o índice de Barthel constitui-se como um dos instrumentos mais utilizados e fidedignos na avaliação da independência funcional, uma vez que avalia dez dimensões: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira cama e deambulação.

Com o objetivo de exercer plenamente as AVD e manter-se independente, o idoso, necessita de um bom desempenho funcional. Quando por fatores diversos, associados ao processo de envelhecimento e/ou a processos de morbilidade, como procedimentos cirúrgicos, a capacidade de andar, subir e descer escadas, levantar - se, cuidar da higiene pessoal, fazer compras e manter-se ativo socialmente, ficam comprometidas. Qualquer alteração que prejudique o equilíbrio e a marcha resultam em processos de fragilidade individual e social.

De acordo com a Teoria dos Sistemas Dinâmicos, citado por Faria (2003), o controlo postural resulta de uma interação entre os sistemas corporais que atuam de modo a controlar a posição do corpo no espaço, para que este possa ser hábil e consiga responder às translações

do centro de gravidade imposta voluntária ou involuntariamente. O equilíbrio apresenta-se como:

*(...)segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para estabilizar o corpo como um todo ou partes para permitir o movimento, manter a cabeça levantada, manter-se em pé, sentar-se em posição correta; a capacidade para manter o equilíbrio é, em certa medida, dependente da idade. (CIPE, 2005, p.94)*

Também a marcha se deteriora com a idade, resultante do encurtamento, diminuição da altura do passo, alargamento da base de suporte, diminuição da velocidade, rigidez articular, além do aumento da fase de apoio e do tempo de duplo suporte (Faria, 2003). Outro dos fatores que resultam num andar alterado é a redução da força muscular associada à diminuição do trabalho e resistência muscular e à velocidade de contração. Andar, é :

*(...)movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão do lento ao moderado ou rápido, subir e descer escadas e rampas(...).(CIPE,2005, p.48)*

Associado aos fatores a montante descritos, o internamento hospitalar pode representar uma série de ameaças nomeadamente à vida é à integridade corporal, ao bem-estar, restrição do movimento, isolamento, etc. A inatividade imposta durante o período de hospitalização do idoso resulta, frequentemente, num aumento da perda funcional, tornando-o menos capaz de regressar ao seu nível de atividade anterior e com maior risco de adquirir problemas físicos adicionais. Assim, a reabilitação deve ser um processo contínuo, iniciado precocemente, de forma a enfatizar as capacidades remanescentes do idoso, as suas habilidades, adquirindo o mais alto nível possível de independência funcional e qualidade de vida.

### **3. Cuidar em enfermagem de reabilitação: um processo de competências e aperfeiçoamento**

A enfermagem surge na primeira linha do cuidar, afirmando plenamente a sua identidade na preocupação, na valorização social e na importância de “pequenas coisas” da vida, que são um contributo essencial para a saúde dos utentes (Hesbeen, 2003).

O cuidar não poderá ser programável, pré estabelecido ou repetido de utente para utente, deve ser imbuído de um processo de crescimento, de desenvolvimento constante e com o poder de conduzir à transformação. Segundo Hesbeen (2003), este conceito não deve ser confundido com a expressão popular “tomar conta de”, integrando-se assim num campo mais reducionista e desresponsabilizador, mas deve ser ostentado como forma de valor e não de verdade científica, ser acessível a toda a gente, dando lugar ao ser humano, enquanto sujeito singular, aberto ao conhecimento e com espaço de liberdade para a reflexão e para a ação sobre o outro. Neste sentido a prática de enfermagem não deve supor a aplicação de conhecimentos gerais, não se restringindo à soma das intervenções de cada utente, mas a apropriação de aptidões e saberes, inscrevendo-se num projeto de cuidados baseado em processos de competência e aperfeiçoamento.

Os Enfermeiros são reconhecidos pelo estado Português como uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem (Decreto-Lei nº 111 /2009, de 16 de Setembro do Ministério da Saúde, 2009). É com a perceção de que os cuidados devem centrar-se no utente, não devendo ser esgotados em atitudes isoladas de prestação de atos técnicos, pressupondo o empenho de todos os atores, não devemos esquecer que a qualidade não se decreta e não se impõe, pratica-se. Neste contexto procura-se: prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente, através de processos de aprendizagem do cliente(Ibidem).

Como elemento de uma equipa multidisciplinar, que agrega a prestação de cuidados holísticos, o enfermeiro, teve necessidade de reunir um corpo de conhecimentos mais especializados, baseando-se no respeito pelas motivações e necessidades individuais dos cuidadores e recetores. Através de um processo que tem por base o primeiro estadio de doença ou acidente, passando por uma fase de recuperação até à readaptação funcional da sua nova condição (Hoeman, 2000), a Enfermagem de Reabilitação deve integrar ações

convergentes e sinérgicas, seguindo uma estratégia, exprimindo a necessidade de agir para que a “cronicidade” do indivíduo não se traduza numa real desvantagem, “handicap”, e por fim “(..)o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite a uma espera, por vezes vividas como uma espécie de fardo(..)” (Hesbeen, 2003, p.33).

Tendo em conta as limitações que se poderão ou não constatar, será necessário estabelecer a motivação e a conseqüente satisfação, traduzindo em resultados observados, em ser capaz de realizar as ações nos seus hábitos de vida de modo que o indivíduo possa reintegrar e (re) encontrar o equilíbrio face aos novos desafios que poderão surgir. É a tomada de consciência deste papel, que permite que os intervenientes possam cumprir cada um a sua missão, através de uma complementaridade salutar e tranquila.

O objetivo principal do enfermeiro de reabilitação é levar a pessoa a reintroduzir-se na sociedade com o maior numero de autonomia possível e o mais próximo do que era antes da fratura, de acordo com Cerveira (2011).

O papel do enfermeiro de reabilitação na promoção de saúde na comunidade torna-se ainda mais sonante quando, associado ao problema individual da pessoa, insere a família como um todo, como um sistema interativo, que para além da soma dos seus membros, a engloba como uma unidade básica ou primária, tal como muitas outras o são (instituições de saúde, ensino, religiosas ou económicas), uma vez que todas fazem parte de um sistema mais vasto que é a sociedade (Hanson, 2005).

Segundo o estudo de Takkinen (2001) os programas de reabilitação oferecem um efeito positivo, independentemente da idade, ao nível de independência funcional.

Um estudo realizado por Cunha et al. (2007) corrobora a importância da presença do enfermeiro de reabilitação, aumentando a autoconfiança a nível dos autocuidados e criando autonomia funcional. Pinto (2011), no seu estudo sobre independência funcional no regresso ao domicílio, com a utilização do Índice Barthel, constatou que os participantes casados apresentavam igualmente maior independência funcional com intervenção do enfermeiro de reabilitação, assim como com os participantes viúvos, conforme corroborado pelo estudo de Cunha et al.2007.

Teixeira-Samela, Augusto, Silva, Lima, e Goulart (2003) afirma no seu estudo que o início da reabilitação deve ser o mais precoce possível, com o objetivo de reduzir o nível de dependência. Do mesmo modo Duncan (2005) no seu estudo conclui que no doente internado com fratura proximal do fémur o enfermeiro de reabilitação promove a independência funcional, dando primazia à deambulação e transferências.

Outros estudos concluem ainda que é no domínio motor e no da atividade física que os idosos apresentam maior grau de dependência, necessitando de ajuda no autocuidado e da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Petronilho (2007) num estudo com uma amostra de 97 participantes em que compara a independência funcional no momento de alta e um mês depois no domicílio, utilizando o índice de Barthel corrobora a importância do enfermeiro de reabilitação conclui que os participantes no domicílio tiveram um declínio a nível de independência funcional, principalmente a nível da higiene e transferência. O mesmo autor atribui o declínio à presença do enfermeiro de reabilitação durante o internamento, não se dando continuidade aos cuidados especializados no domicílio.

Carvalhido e Pontes (2009) utilizando Barthel, concluem no seu estudo que não foi evidenciado evolução no controlo esfinteriano, no entanto ressaltam que não tiveram presença do enfermeiro de reabilitação.

Numa apreciação global e como forma de refutação do presente estudo, vários autores após utilização do índice de Barthel concluíram que houve melhoria da independência funcional após programa de reabilitação (Vitório, 2012; Borges, Benedetti, & Faria, 2011; Quadros Júnior 2008; Alves, 2007; Padilha, 2007; Ferreira, 2003).

São os atributos da família que ajudam os idosos a lidarem com o processo de perda de função e morbilidade e só através do conhecimento dos padrões observáveis de funcionamento, de coesão e flexibilidade, que permitem ao enfermeiro de reabilitação empreender no seu seio, espírito de cooperação, comunicação aberta e de certa forma negociação, sempre que a mudança se apresente necessária (Carvalhido & Pontes, 2009).

Baseado numa visão sistémica da comunidade o enfermeiro de reabilitação, como promotor da saúde, deve desenvolver estratégias de promoção, proteção e prevenção, incluídas nas múltiplas determinantes da saúde para que os seus intervenientes possam obter e/ou manter estabilidade e equilíbrio, promovendo uma comunidade saudável e otimizada (Stanhope, 1999).

De acordo com Cerveira (2011) o objetivo primário do enfermeiro de reabilitação é recuperar e readaptar o idoso, criando a diminuição da incapacidade e promovendo a autoestima do idoso para melhorar a sua função física, social e psicológica.

Estudos realizados por Cunha et al., (2007) e Burnay (2011) concluem que quanto maior o grau de escolaridade maior a independência funcional e maior a capacidade para a aprendizagem dos programas de reabilitação.

Deste modo, o enfermeiro de reabilitação de acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011) tem um papel fundamental na prevenção de

complicações, na promoção da independência funcional e na qualidade de vida do idoso e da família, o que traduz ganhos e saúde.

Assim, o enfermeiro de reabilitação está numa posição privilegiada para ajudar o idoso a atingir o melhor nível de independência possível e as principais orientações consistem na preparação pré-operatória que engloba o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós operatória, que consiste na recuperação da autonomia funcional, na fase de internamento. Esta recuperação não é feita na totalidade no internamento, no entanto é primordial a intervenção do enfermeiro de reabilitação para ajudar na readaptação à nova condição, uma vez que a mobilidade e autonomia estão comprometidas.

#### 4. Gestão hospitalar

A política atual do país leva a que os gestores das unidades de saúde pesem cada vez mais na diminuição de custos. A avaliação económica é a análise comparativa de atividades alternativas em termos dos seus custos e de suas consequências (Freitas, 2005).

O setor da saúde, em todos os países desenvolvidos, é para onde vai a maior fatia do orçamento de estado, pelo que se torna primordial agir, garantindo políticas de gestão o mais eficientes possíveis.

A mudança no setor da saúde tem de se dar aos mais variados níveis de cuidados, designadamente nos hospitais, pela sua vasta gama de serviços e especificações.

Os enfermeiros de reabilitação podem ser uma aposta por parte dos gestores para rentabilizar a economia hospitalar, uma vez que eles permitem ganhos em saúde, exercendo cuidados especializados precocemente, junto do utente. Integrado também no plano de melhoria da qualidade, no sentido de disponibilizar o enfermeiro especialista de reabilitação para a prática de cuidados diferenciados o objetivo primordial é promover a autonomia do utente, diminuindo o número de dias de internamento e uma necessidade futura de reinternamento.

Deste modo, é fundamental na saúde, minimizar os custos. Para Freitas (2005) a avaliação económica na área da saúde pode ser feita através da análise de minimização de custos, a análise do custo-efetividade, a análise do custo-utilidade e a análise do custo benefício.

Numa época em que o mercado da saúde é vasto desde o público ao privado e em que é primordial a qualidade dos cuidados e promover a autonomia funcional do utente, o enfermeiro de reabilitação faz todo o sentido. Nestes utente os cuidados sistematizados e individualizados, resultantes de um processo de elaboração, execução e avaliação, tendo em conta a história de vida da pessoa cuidada, diferente dos demais, que o Enfermeiro reabilita o ser humano na sua magnitude física, emocional e social, fortemente afetados pela gestão de quantidade em detrimento da gestão com base na qualidade.

Dal Poz (2000) considera que o conceito de produtividade em saúde comporta aspetos quantitativos e qualitativos que envolvem, além das dimensões individuais, as de um contexto social. Deste modo, numa análise da produção e da qualidade de serviços de saúde devem considerar variáveis relacionadas com os diferentes *inputs*(recursos), com o processo (atividade, como se trabalha os recursos), os *outputs* (produto, o que é produzido) e ainda os

*outcomes*(resultado/impacto). Este conjunto de características é primordial para a qualidade dos cuidados. Uma boa base e estrutura são fundamentais para a obtenção de bons resultados.

Num contexto de reestruturação e de estabelecimento de novos contextos na saúde atual é fundamental os gestores hospitalares analisarem a importância dos enfermeiros de reabilitação. Uma análise de custo-utilidade concluiria a importância dos mesmos no quotidiano hospitalar, refletindo-se como é espectável no posterior trabalho de investigação na diminuição de dias de internamento e fundamentalmente em ganhos em saúde (Direção Geral da Saúde, 2003).

De acordo com a World Health Organization (1994) foram registadas em 1990,7 milhões de fraturas da extremidade proximal do fémur e prevê-se que segundo Melton (1993) em 2050 sejam atingidos os 6,26 milhões devido ao envelhecimento da população mundial.

Segundo o Ministério da Saúde estão registados entre 1993 e 1997, 7000 internamentos de indivíduos com mais de 50 anos com fratura da extremidade proximal do fémur nos hospitais do setor público.

O prognóstico deste tipo de diagnóstico não é favorável, dado apenas 50% dos doentes retomam a sua função anterior, sendo que 15 006 dos idosos vêm a falecer em meio hospitalar com patologia osteoarticular, dos quais em 2012 regista-se no sexo masculino 5561 óbitos e no sexo feminino 9 445 (Direção Geral da Saúde, 2014).

Os custos nas fraturas da extremidade proximal do fémur são elevados, pelo que é preponderante que os hospitais diminuam o tempo de internamento destes doentes e que iniciem programas de reabilitação (Direção Geral da Saúde, 2003).

De acordo com a Branco, Felicíssimo e Monteiro (2009), em 2006 a Direção Geral da Saúde estimou ter gasto em Portugal 52 milhões de euros, com cuidados hospitalares que resultaram do internamento de 9523 casos de fratura proximal do fémur, a estes custos ainda são acrescidos os custos indiretos, destacando-se os cuidados de reabilitação e a perda da autonomia funcional (Branco, 2012). Segundo o mesmo autor os custos diretos estão associados ao número de dias de internamento às patologias associadas e ao tipo de tratamento cirúrgico definido.

Atualmente em Portugal ainda não é conhecido o número de doentes com fratura proximal do fémur que necessitam de cuidados pós-alta, e quais os custos associados (Telles &Kowalski, 2011; Santos, 2010).

Santos (2010), refere que em média cada internamento com fratura proximal do fémur tem um custo acima de 4100 euros, para o serviço nacional de saúde.

Assim sendo, torna-se pertinente a realização de protocolos para o tratamento e consequente reabilitação, o mais precocemente possível destes doentes de forma a diminuir o número de dias de internamento (Baixinho, 2009) e diminuir os custos diretos e indiretos que advêm da fratura da extremidade proximal do fémur.

## **Parte II–Trabalho Empírico**

## 5. Metodologia

No processo de investigação, existem várias alternativas metodológicas, no entanto, foi necessário tomar decisões. Deste modo, as escolhas foram fundamentadas, não só no objetivo delineado, mas sobretudo no fenómeno em estudo, nos recursos disponíveis, assim como nas limitações do investigador. O enquadramento metodológico que se segue define a população e a amostra, assim como, o instrumento utilizado para a colheita de dados, garantindo a sua fiabilidade, validade e aplicabilidade. Seguidamente é apresentado o tratamento estatístico, análise dos resultados, discussão e conclusão.

### 5.1. Formulação do problema e questão de investigação

A independência funcional no idoso, tem vindo a suscitar interesse na área da saúde, pelo que grande número de idosos na nossa sociedade com o decorrer do tempo vão adquirindo comorbidades agudas ou crónicas, com diminuição das suas capacidades funcionais, que por sua vez se traduzem em elevados custos de saúde para o indivíduo e para a sociedade. Desta forma, é essencial que os profissionais de saúde promovam a melhoria da independência funcional no idoso (Neri, 2004).

Na sequência do estudo surge-nos a questão de investigação, que tem como objetivo enunciar aquilo que o investigador quer compreender, constituindo-se como a peça fulcral sobre o qual se sustentarão todas as premissas da investigação (Fortin, 2009). Desta forma, a questão de investigação definida para o estudo é:

“Será que a intervenção do enfermeiro de reabilitação no idoso com fratura proximal do fémur contribui para o aumento da sua independência funcional?”

A formulação da questão determina, pelo menos em grande medida, a natureza metodológica a prosseguir, como poderemos ver no ponto seguinte.

### 5.2. Tipo de estudo

O investigador tem como objetivo primordial obter respostas credíveis às questões levantadas durante o estudo e às hipóteses formuladas, o qual define como desenho da investigação (Fortin, 2009).

Este estudo caracteriza-se por ser do tipo “*quasiexperimental*”, tendo como objetivo analisar a relação entre as variáveis definidas. O estudo prevê a participação de dois grupos, um denominado por grupo experimental e o outro de grupo de controlo, com o objetivo de

obter uma análise objetiva, sem distorção da interpretação dos resultados (Fortin, 2009). Neste estudo a única diferença entre os dois grupos é a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

### **5.3. Amostra**

Antes do início do processo de amostragem é preponderante definir a população, para posteriormente delimitar a amostra.

A problemática consiste em escolher um grupo de indivíduos, uma amostra, de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser generalizadas à totalidade da população; é portanto necessário que a amostra apresente características idênticas às da população, isto é, que seja representativa.

Não sendo possível temporal e materialmente estudar uma amostra representativa de todos os idosos com fratura proximal do fémur com intervenção do enfermeiro de reabilitação e uma outra amostra a todos os idosos com fratura proximal do fémur sem intervenção do enfermeiro reabilitação, optou-se por selecionar para este estudo uma amostra probabilística aleatória, que teve por base os idosos internados no serviço de Traumatologia do Centro Hospitalar de São João, E.P.E no período de tempo compreendido entre Maio e Julho de 2013.

Foi necessário estimar o tamanho mínimo da amostra para posteriormente ser possível efetuar uma análise estatística dos dados. Segundo Hill e Hill (2002) o tamanho mínimo para duas amostras independentes deve ser de 60 casos no total, perfazendo 30 participantes em cada amostra.

No presente estudo a amostra é constituída por doentes com idade superior a 65 anos com o diagnóstico de fratura proximal do fémur, de ambos os sexos a qual, foi composta por 80 indivíduos, dos quais 40 pertenciam ao grupo de controlo ou seja, não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação, e os restantes 40 pertenciam ao grupo experimental, pelo que tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Para a realização deste estudo, houve necessidade de definir critérios de inclusão e critérios de exclusão, (critérios de elegibilidade), de forma a selecionar os indivíduos constituintes da nossa amostra. Segundo Fortin e Filion (2009) a amostra deve ser portadora de critérios de inclusão precisos.

Deste modo, apontam-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Tabela 1. *Critérios de elegibilidade*

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Doentes internados no serviço de Traumatologia do CHSJ, como idade superior a 65 anos com o diagnóstico de fratura proximal do fêmur com e sem intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade inferior a 65 anos;</li><li>• Patologia Demencial;</li><li>• Défice motor pré-fratura;</li><li>• Patologia Oncológica.</li></ul>

Fonte: Criação do autor

#### 5.4. Variáveis

Com o objetivo de tornar mais compreensível este estudo, sentiu-se necessidade de definir as variáveis que nos possibilitaram selecionar os dados a colher.

As variáveis são fundamentais em todos os estudos, estas estão introduzidas nas hipóteses e é preponderante que sejam individualizadas para que sejam analisadas.

Deste modo, de acordo com Fortin (2009), as variáveis foram classificadas de acordo com o papel que desempenham na investigação, podendo haver variáveis dependentes e variáveis independentes.

##### 5.4.1. Variável dependente

A variável dependente, na opinião de Fortin (2009), consiste naqueles fenómenos a serem explicados ou descobertos em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável ou variáveis independentes. Por outras palavras e, para Fortin (2009), a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. Foi definida para este estudo como variável dependente o nível de (in)dependência funcional no idoso submetido a cirurgia da anca.

##### 5.4.2. Variáveis independentes

A variável independente é aquela que influencia, determina ou afeta uma outra variável (a variável dependente); é o fator que é geralmente modificado pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do fator com o fenómeno observado ou a ser descoberto para ver que influência exerce sobre um possível resultado (Fortin, 2009).

Neste estudo foram definidas as seguintes variáveis independentes:

#### **5.4.2.1. Variáveis sociodemográficas**

Apresentam-se as variáveis e respetiva operacionalização, sendo explicitadas as situações em que se considerou mais pertinente proceder ao (re)agrupamento de categorias para efeito do estudo inferencial.

- Idade

Esta variável foi definida através de uma pergunta aberta.

Por questões operacionais os valoresidade, foram agrupados em duas categorias: a- (65-80anos); b- (> 80 anos).

- Sexo

A variável sexo foi conotada com duas dimensões, de resposta fechada. Esta foi operacionalizada em sexo masculino e sexo feminino.

- Estado Civil

A variável foi operacionalizada com respostas fechadas, sendo que as respostas seriam casado(a) /união de facto, solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a).

Por questões operacionais esta variável foi recodificada em estado marital (casado ou não casado).

- Habilitações Literárias

A escolaridade foi operacionalizada tendo como base o sistema educativo português sendo que as respostas fechadas contempladas eram o ensino básico, ensino secundário e licenciatura.

Por questões operacionais esta variável foi recodificada em dois níveis de escolaridade: a – inferior básico (até aos 4 anos de escolaridade), b – superior básico (início no ensino secundário até ao ensino superior, politécnico ou universitário).

#### **5.4.2.2. Variáveis caracterização durante o internamento**

- Programa de enfermagem de reabilitação

O programa de enfermagem de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível. De acordo com Ducan (2005) independência funcional ocorre quanto mais rápida, precoce e intensiva for a reabilitação. Segundo Cunha (2006) a reabilitação deve ser iniciada nas primeiras 48 horas do pós-operatório e logo que a situação clínica do doente o permitir, para que este recupere a confiança e motivação.

As variáveis definidas no estudo estão direcionadas para o grupo de controlo e para o grupo experimental.

## 5.5. Hipóteses do estudo

Dois aspetos fundamentais na pesquisa social são a formulação e o teste de hipóteses. Geralmente o investigador está interessado na procura de soluções para o problema de investigação levantado, daí que observe os factos e procure explicar a sua ocorrência baseado em determinadas teorias.

Para Fortin (2009), uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa proporção desta.

De acordo com o estudo em questão e para um melhor conhecimento do problema que pretendo pesquisar, foram testadas as seguintes hipóteses:

**H1:**Existem diferenças significativas na independência funcional dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação;

**H2:**Existem diferenças significativas nas dimensões da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação;

**H3:**Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, a cada grupo etário;

**H4:**Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, nos diferentes sexos;

**H5:**Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, nos diferentes estados maritais;

**H6:**Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, nos diferentes níveis de escolaridade.

## 5.6. Recolha e tratamento de informação

O delineamento do tipo de estudo bem como os objectivos a atingir, levaram-nos a ter de seleccionar o instrumento de recolha de dados mais adequados para estudar a amostra definida.

A metodologia utilizada para a recolha de dados tem por base o problema definido pela investigação, as variáveis e a estratégia de análise estatística que vais ser realizada. Foi partindo destes princípios que foi efectuada uma recolha de dados através de um questionário e aplicada uma escala de autonomia funcional, que após pesquisa bibliográfica nos pareceu mais conveniente tendo em conta o objetivo de estudo.

O estudo consistiu na utilização de dois instrumentos, um questionário sociodemográfico que se encontra em anexo (Anexo I), que é dividido em duas partes: a primeira consiste numa caracterização sociodemográfica da amostra, é constituída por 5 perguntas fechadas, tendo como objetivo conhecer as características sociodemográficas dos participantes. O segundo instrumento consiste na aplicação do índice de Barthel (Anexo II), sendo este o principal instrumento na colheita de dados.

O questionário foi aplicado aos doentes no quarto dia pós-operatório, sendo que o programa de reabilitação tinha início nas primeiras 24 horas do pós-operatório.

*(...)*O índice de Barthel é o instrumento utilizado para a avaliação da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diárias, pelo que avalia os autocuidados: alimentar, higiene corporal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas.(Araújo et al., pp. 61, 2007)

Desde a sua publicação que o Índice de Barthel tem sido muito utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das atividades de vida diária (Ibidem).

Desta forma, e devido ao uso alargado deste instrumento, têm sido elaboradas novas versões que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou por ser alterado o sistema de pontuação, como é o caso da versão desenvolvida por Wade e Collin em 1988, em que o total da escala vai desde 0 (totalmente dependente) até 20 (totalmente independente), que se diferencia do protótipo da escala que vai de uma pontuação de 0 a 100.

O índice de Barthel é referenciado como uma das medidas mais fidedignas (Vuadens, 2002). Demonstra uma boa consistência interna com um nível de fidelidade elevado: alfa de cronbach de 0,96 (Araújo et al., 2007).

É composto por 10 itens que determinam a capacidade funcional referente ao controle de esfínteres, à higiene pessoal, ida à casa de banho, comer, deambular, transferência da cadeira para a cama, capacidade de se vestir e despir, subir e descer escadas e tomar banho (Araújo et al., 2007). A pontuação no índice de Barthel vai desde o 5 que corresponde à dependência total ao 15 que é a independência podendo assumir uma pontuação de 5, 10 ou 15 em função de cada nível.

A pontuação total oscila entre 0 e 100 pontos, variando inversamente ao grau de dependência. O score máximo indica funcionalidade normal (Vuadens, 2002; Araújo et al., 2007).

Segundo Sequeira (2007), e de acordo com a validação do Índice de Barthel para a população portuguesa, realizada por: Araújo et al. (2007), são definidos os seguintes pontos de corte: 90-100 independente, 60-90 ligeiramente dependente, 40-55 moderadamente dependente, 20-35 severamente dependente e < 20 totalmente dependente. De acordo com o mesmo autor a autonomia funcional é atingida quando a pessoa avaliada obtém a pontuação de 100.

Tabela 2. *Pontuação do grau de dependência*

Pontuação	Autonomia Funcional
<20 pontos	Totalmente Dependente
20-35 pontos	Severamente Dependente
40-55 pontos	Moderadamente Dependente
60-90 pontos	Ligeiramente Dependente
90-100 pontos	Independente

Fonte: Sequeira (2007)

Vários estudos sobre o índice de Barthel concluíram que esta escala é a que melhor se aplica desde o meio hospitalar até às unidades de convalescença (Araújo et al.,2007). A única desvantagem visível nesta escala, prende-se com o facto de não contemplar os aspetos sociais, cognitivos e atividades domésticas (Vuadens, 2002).

### 5.7. Tratamento estatístico

É preponderante determinar e perceber a existência de associações entre duas ou mais variáveis. Seguindo esta premissa torna-se preponderante perceber a relação entre as variáveis que definem a relação de causa e efeito (Fortin, Cote & Filion, 2009).

Deste modo, torna-se criterioso recorrer à fase fundamental da investigação, o tratamento estatístico. No estudo, foi utilizado para o tratamento de dados técnicas de estatística descritiva e inferencial.

As medidas descritivas utilizadas neste estudo foram as medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) e medidas de localização (média e estatísticas de frequência).

Analisar-se-á a consistência interna do instrumento aplicado à amostra através do *alpha de cronbach*.

Segundo Pestana e Gagueiro (2008) o método de avaliação do valor do *Alpha de Cronbach* constitui-se como um premissa determinante na verificação da fidelidade com objetivo de avaliar a consistência interna, cujo valor deve ser positivo, variando entre 0 e 1 conforme descrito, na Tabela 3.

Tabela 3. *Consistência interna*

<i>Alpha Cronbach</i>	<b>Consistência</b>
> 0,9	Muito boa
0,8 - 0,9	Boa
0,7 - 0,8	Razoável
0,6 - 0,7	Fraca
<0,6	Inadmissível

Fonte: Pestana e Gagueiro (2008)

Relativamente à estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica. O recurso a testes paramétricos cria a obrigatoriedade da verificação de duas condições. A primeira

condição é de que as variáveis devem ter uma distribuição normal, sendo que a segunda condição é de que as populações possuam variâncias homogêneas sempre que se compare duas ou mais amostras (Maroco, 2007).

De acordo com e Pestana e Gageiro (2005) os testes paramétricos apresentam maior consistência relativamente à transcrição da normalidade, partindo do pressuposto de que nas amostras com N superior a 30 a distribuição T aproxima-se da normalidade.

Uma vez cumpridas estas premissas e para a realização de testes de hipóteses paramétricos, constitui-se como uma condição necessária de verificação da normalidade das variáveis em estudo a utilização do coeficiente de assimetria curtose. Segundo Kline (2011) o coeficiente de assimetria curtose é utilizado para verificar a forma da distribuição da normalidade da amostra, que pode ser considerada normal se os coeficientes se situarem no intervalo de -3 a 3.

Os testes estatísticos utilizados devem ser selecionados em função do coeficiente da divisão entre o valor de assimetria (Skewness) pelo desvio padrão de assimetria e o valor do coeficiente da divisão da curtose (Kurtosis) pelo desvio padrão de curtose.

O ponto fulcral na análise do trabalho é a comparação dos parâmetros em estudo, pelo que foi preponderante a realização de testes paramétricos, posteriormente à verificação da distribuição normal, de forma a testar a significância dos valores obtidos. O teste *T-Student*, o qual está incluído nos testes paramétricos apresenta uma maior força do que os testes não paramétricos, daí a primazia da sua utilização quando à existência de uma distribuição normal (Maroco, 2007).

O nível de significância foi de 5% em toda a análise de estatística inferencial realizada no estudo.

Os Dados recolhidos foram tratados estatisticamente no IBM *Statistical Package for the Social Sciences statistics 20 (IBM SPSS statistics 20)*, de forma a permitir uma melhor organização e análise dos dados, para posterior discussão dos resultados.

## **5.8. Princípios éticos e legais**

Uma vez que o presente estudo é aplicado em pessoas em contexto hospitalar é preponderante respeitar as questões éticas e legais.

Deste modo, no início do mês de Fevereiro foi enviado o pedido de autorização à administração do CHSJ, EPE, referindo a intenção de desenvolver um estudo de investigação na instituição. Só após aprovação por parte do Conselho de Administração é que foi iniciada a recolha de dados (Anexo III).

Na recolha de dados estará sempre implícito um prévio consentimento por parte do doente (conforme referido anteriormente), firmado pela assinatura de um consentimento informado de acordo com a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996; Edimburgo, 2000; Washington, 2002; Tóquio, 2004; Seul, 2008; Fortaleza, 2013). Será também pedida aos doentes a autorização para serem observados durante os autocuidado que permitem avaliar a autonomia funcional.

A confidencialidade dos dados e a identidade dos doentes estará sempre presente ao longo da investigação e, posteriormente, na apresentação dos resultados obtidos. Os doentes apenas participarão no estudo se assim o entenderem e poderão abandoná-lo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos em relação ao seu correto tratamento.

A privacidade foi respeitada na recolha dos dados, sendo que esta foi efetuada tanto quanto possível na presença da família e do convivente significativo.

## **6. Resultados**

O objetivo deste capítulo é descrever, analisar os resultados recolhidos durante a realização do estudo.

Os resultados são analisados em função do grupo que não teve intervenção do enfermeiro de reabilitação (grupo de controlo) comparativamente com o grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação (grupo experimental). Foram analisados em primeira instância os resultados sociodemográficos e posteriormente os resultados relativos à independência funcional (Barthel) e suas dimensões, assim como, a sua relação da independência funcional com as variáveis sociodemográficas no idoso com fratura proximal do fémur.

### **6.1. Caraterização sociodemográfica**

#### **Idade**

A amostra em estudo é de 80 participantes, pelo que 40 participantes não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação e 40 participantes tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Relativamente à idade como se pode constatar na Tabela 4 a faixa etária predominante no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação e no grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação é dos 65-80 anos com 67,50% no grupo com intervenção e 55,00% no grupo sem intervenção.

O grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação apresenta média e desvio padrão ( $M= 78,73$ ,  $DP=07,73$ ) superior ao grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação ( $M= 75,77$ ,  $DP=06,99$ ).

#### **Sexo**

De acordo com a Tabela 4, verificamos que no grupo sem intervenção o sexo masculino atinge uma percentagem de 47,50% perante 52,50% do sexo feminino. Relativamente ao grupo com intervenção o sexo masculino representa 60,00% e o feminino 40,00%, da amostra.

#### **Estado Civil**

Os resultados obtidos relativamente ao Estado Civil são representados na Tabela 4, onde podemos verificar que em ambos os grupos prevalece o estado Casado/União Fato, sendo a prevalência menor no grupo sem intervenção é nos solteiros com 05,00% e no grupo com intervenção é nos divorciados / casados com 07,50%.

Relativamente ao estado marital este está representado na Tabela 4, verifica-se que em ambos os grupos prevalece o estado casado, sendo que, no grupo sem intervenção representa 65,00% e no grupo com intervenção 62,50%.

### **Habilitações Literárias**

A informação relativa às Habilitações Literárias está representada na Tabela 4, onde podemos verificar que em ambos os grupos predominam as habilitações ao nível do Ensino Básico com 60,00% no grupo sem intervenção e 50,00% no grupo com intervenção.

Relativamente ao nível de escolaridade podemos verificar que em ambos os grupos predominam o superior básico, com 52,50% no grupo sem intervenção e 50,00% no grupo com intervenção, sendo que no grupo com intervenção o superior básico também é de 50,00%.

Tabela 4. *Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas por grupo*

Frequência e percentagem das variáveis sociodemográficas por grupo				
Amostra (n = 80)				
	Sem Intervenção (n=40)		Com Intervenção (n=40)	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
65-80	22	55,00	27	67,50
>80	18	45,00	13	32,50
	Média	DP	Média	DP
	78,73	07,73	75,77	06,99
<b>Sexo</b>				
Masculino	19	47,50	24	60,00
Feminino	21	52,50	16	40,00
<b>Estado Civil</b>				
Casado/União Fato	26	65,00	25	62,50
Solteiro	2	05,00	4	10,00
Divorciado/Separado	3	07,50	3	07,50
Viúvo	9	22,50	8	20,00
<b>Estado Marital</b>				
Casado	26	65,00	25	62,50
Não Casado	14	35,00	15	37,50
<b>Habilitações Literárias</b>				
Ensino Básico	19	47,50	20	50,00
Ensino Secundário	13	32,50	12	30,00
Licenciatura	7	17,50	6	15,00
Mestrado	0	00,00	1	02,50
Doutoramento	1	02,50	1	02,50
<b>Nível de Escolaridade</b>				
Inferir Básico	19	47,50	20	50,00
Superior Básico	21	52,50	20	50,00

## 6.2. Propriedades psicométricas do instrumento

O índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados e fidedignos na avaliação da independência funcional, uma vez que avalia dez dimensões: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira cama e deambulação. Segundo Araújo et al.(2007), na validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados, obtiveram um nível de fidelidade elevado de 0,96, o que reforça a utilidade deste instrumento na avaliação da independência funcional.

No presente estudo o *Alfa de Cronbach* obtido foi de 0,755 e por dimensões varia entre o valor máximo de 0,787 no controlo vesical e no valor mínimo de 0,612 na deambulação (Tabela 5).

Tabela 5. *Alfa Chronbach e Nr. de Itens das dimensões em estudo*

	n.º Itens	Estudo
Alimentação	3	0,741
Vestir	3	0,763
Banho	2	0,763
Higiene Corporal	2	0,751
Utilizar Casa de Banho	3	0,717
Controlo Intestinal	3	0,775
Controlo Vesical	3	0,787
Subir Escadas	3	0,621
Transferência Cadeira Cama	4	0,658
Deambulação	4	0,612

Como se pode verificar na Tabela 6 constata-se que as dimensões, vestir, banho, higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlo intestinal, subir escadas, transferência cadeira cama e deambulação seguem uma distribuição normal, pelo que foram utilizadas técnicas paramétricas, excepto nas dimensões alimentação e controlo vesical, pelo que se efectuou teste de U de Mann-Whitney (Anexo IV). No entanto, face ao facto do resultado obtido em termos de decisão estatística apontar no mesmo sentido do teste *T de student*, optou-se pelo teste paramétrico.

Tabela 6. *Teste da Normalidade Coeficiente Assimetria-Curtose das dimensões em estudo*

		Assimetria	EP	Coeficiente	Curtose	EP	Coeficiente
Alimentação	Sem Interven.	2,038	0,374	5,449	2,263	0,733	3,087
	Com Interven.	0,537	0,374	1,435	-1,805	0,733	-2,462
Vestir	Sem Interven.	0,000	0,374	0,000	0,040	0,733	0,005
	Com Interven.	-0,654	0,374	-1,748	-1,658	0,733	-2,261
Banho	Sem Interven.	0,000	0,374	0,000	0,000	0,733	0,000
	Com Interven.	0,000	0,374	0,000	0,000	0,733	0,000
Higiene Corporal	Sem Interven.	0,535	0,374	1,430	-0,555	0,733	0,757
	Com Interven.	-0,095	0,374	-0,254	-0,738	0,733	-1,006
Utilizar Casa de banho	Sem Interven.	-0,537	0,374	-1,435	-1,805	0,733	-2,523
	Com Interven.	0,777	0,374	2,000	-1,473	0,733	-2,000
Controlo Intestinal	Sem Interven.	-0,664	0,374	-1,775	-0,467	0,733	-0,637
	Com Interven.	-0,315	0,374	-0,842	-2,003	0,733	-2,732
Controlo Vesical	Sem Interven.	-2,357	0,374	-6,302	3,741	0,733	5,103
	Com Interven.	-1,559	0,374	-4,168	0,451	0,733	0,615
Subir Escadas	Sem Interven.	1,078	0,374	2,882	0,520	0,733	0,710
	Com Interven.	0,000	0,374	0,000	-2,108	0,733	-2,875
Transferência cama	Sem Interven.	-0,255	0,374	-0,681	1,717	0,733	2,329
	Com Interven.	-1,119	0,374	-2,991	0,011	0,733	0,015
Deambulação	Sem Interven.	1,069	0,374	2,858	-0,165	0,733	-0,225
	Com Intervenç	-0,537	0,374	-1,435	-1,805	0,733	-2,462

### 6.3. Estudo de hipóteses

Assim sendo e forma a avaliar a independência funcional no idoso com fratura proximal do fêmur, com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, foi utilizado o índice de Barthel e suas dimensões.

#### Hipótese 1

**H1:**Existem diferenças significativas na independência funcional dos idosos com fratura proximal do fêmur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Desta forma, através da análise de realizado através do teste  $T$  de *Student*, no que concerne à comparação dos dois grupos (sem intervenção) e grupo (com intervenção), relativo à independência funcional, verifica-se através dos resultados apresentados na Tabela 7, a existência de diferenças estatisticamente significativas na independência funcional ( $p=0,001$ ).

Assim em função do exposto, pode-se constatar, que a independência funcional apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=58,87$ ;  $DP=6,75$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=37,25$ ;  $DP=5,66$ ).

A diferença das médias na independência funcional apresenta valores superiores no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação comparativamente ao grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Verifica-se assim, a existência de diferenças significativas na Independência funcional no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação da

#### Hipótese 1.

Tabela 7. *Teste-T de Student – Inferência Estatística na independência funcional*

	Sem Intervenção		Com Intervenção		<i>P</i>
	(n=40)		(n=40)		
	Média	DP	Média	DP	
Independência Funcional	37,25	5,66	58,87	6,75	0,001

## Hipótese 2

**H2:**Existem diferenças significativas nas dimensões da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fêmur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Relativamente à análise de significância do teste *t* de *Student*, e no que concerne à comparação dos resultados obtidos nos dois grupos (Sem Intervenção) e grupo (Com Intervenção), cujos dados estão apresentados na Tabela 8, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões alimentação ( $p=0,022$ ), higiene corporal( $p=0,041$ ), utilizar a casa de banho( $p=0,001$ ), subir escadas( $p=0,001$ ), transferência cadeira/Cama( $p=0,001$ )e Deambulação( $p=0,001$ ).

A alimentação apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=6,88$ ;  $DP=2,45$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=5,75$ ;  $DP=1,81$ ).

A Higiene Corporal apresenta média inferior no grupo Com Intervenção ( $M=0,50$ ;  $DP=1,51$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=0,00$ ;  $DP=0,00$ ).

A Utilização da Casa de Banho apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=5,00$ ;  $DP=0,00$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=3,13$ ;  $DP=2,45$ ).

O Subir escadas apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=7,50$ ;  $DP=2,53$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=0,88$ ;  $DP=1,92$ ).

A Transferência Cadeira/Cama apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=9,00$ ;  $DP=2,02$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=4,63$ ;  $DP=2,37$ ).

A Deambulação apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=8,13$ ;  $DP=2,45$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=1,13$ ;  $DP=2,11$ ).

As dimensões Controle Intestinal e Vesical não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Assim sendo e de acordo com os resultados expostos confirma-se, parcialmente a **Hipótese 2**.

Tabela 8. *Teste-T de Student – Inferência Estatística das dimensões da independência funcional*

	Sem Intervenção		Com Intervenção		P
	(n=40)		(n=40)		
	Média	DP	Média	DP	
Alimentação	5,75	1,81	6,88	2,45	0,022
Higiene Corporal	0,00	0,00	0,50	1,51	0,041
Utilizar Casa de Banho	3,13	2,45	5,00	0,00	0,001
Controlo Intestinal	7,38	2,99	7,88	2,50	0,420
Controlo Vesical	9,38	1,67	9,00	2,02	0,370
Subir Escadas	0,88	1,92	7,50	2,53	0,001
Transferência Cadeira/ Cama	4,63	2,37	9,00	2,02	0,001
Deambulação	1,13	2,11	8,13	2,45	0,001

### Hipótese 3

**H3:** Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fémur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, a cada grupo etário.

Na Tabela 9, pode-se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à independência funcional em todos os grupos etários (65-80 e > 80 anos) dos participantes da amostra com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A independência funcional no grupo etário 65-80 apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=58,33; DP=6,60) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=35,68; DP=6,22).

A independência funcional no grupo etário > 80 anos apresenta média superior no grupo Com Intervenção (M=60,50; DP=7,25) em relação ao grupo Sem Intervenção (M=39,16; DP=4,29).

As diferenças das médias são estatisticamente significativas no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação quando comparadas com o grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação nos grupos etários 65-80 e >80 anos, na sua independência funcional, sendo p igualmente de 0,001.

Face ao exposto, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação da **Hipótese 3**.

Tabela 9. *Teste-T de Student – Inferência Estatística por grupo etário*

Grupo Etário	Independência Funcional				P
	Sem Intervenção		Com Intervenção		
	Média	DP	Média	DP	
65-80	35,68	6,22	58,33	6,60	0,001
>80	39,16	4,29	60,50	7,25	0,001

#### Hipótese 4

**H4:** Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fêmur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, nos diferentes sexos.

Na Tabela 10, verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à independência funcional em ambos os sexos, masculino ( $p=0,001$ ) e feminino ( $p=0,001$ ), no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, comparativamente ao grupo sem intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A independência funcional no Sexo Masculino apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=57,92$ ;  $DP=7,05$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=36,05$ ;  $DP=5,42$ ).

A independência funcional no Sexo Feminino apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=60,31$ ;  $DP=6,18$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=38,33$ ;  $DP=5,77$ ).

Deste modo, e face aos resultados apresentados verifica-se a confirmação da **Hipótese 4**.

Tabela 10. *Teste-T de Student – Inferência Estatística por sexo*

	Independência Funcional				
	Sem Intervenção (n=40)		Com Intervenção (n=40)		P
Sexo	Média	DP	Média	DP	
Masculino	36,05	5,42	57,92	7,05	0,001
Feminino	38,33	5,77	60,31	6,18	0,001

### Hipótese 5

**H5:** Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fêmur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, nos diferentes estados maritais.

Na Tabela 11, verifica-se que existem diferenças significativas relativamente à independência funcional nos indivíduos da amostra casados ( $p=0,001$ ) e não casados ( $p=0,001$ ), no grupo com intervenção de enfermeiro de reabilitação.

A independência funcional no estado Casado apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=59,40$ ;  $DP=7,82$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=37,31$ ;  $DP=6,52$ ).

A independência funcional no estado não casado apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=58,00$ ;  $DP=4,55$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=37,14$ ;  $DP=3,78$ ).

Assim sendo, e de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação **Hipótese 5**.

Tabela 11. *Teste-T de Student – Inferência Estatística por estado marital*

	Independência Funcional				
	Sem Intervenção		Com Intervenção		P
	(n=40)		(n=40)		
<b>Estado Marital</b>	Média	DP	Média	DP	
Casados	37,31	6,52	59,40	7,82	0,001
Não Casados	37,14	3,78	58,00	4,55	0,001

### Hipótese 6

**H6:** Existem diferenças significativas da independência funcional (Barthel) dos idosos com fratura proximal do fêmur integrados nos grupos com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação, nos diferentes níveis de escolaridade.

Na Tabela 12, encontram-se diferenças significativas nos indivíduos da amostra relativamente à independência funcional no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, em qualquer dos níveis de escolaridade, ou seja, no inferior básico ( $p=0,001$ ) e no superior básico ( $p=0,001$ ).

A independência funcional no inferior básico, apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=58,50$ ;  $DP=6,09$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=36,58$ ;  $DP=4,43$ ).

A independência funcional no superior básico, apresenta média superior no grupo Com Intervenção ( $M=59,25$ ;  $DP=7,48$ ) em relação ao grupo Sem Intervenção ( $M=37,86$ ;  $DP=6,63$ ).

Deste modo, de acordo com os resultados apresentados verifica-se a confirmação da

### Hipótese 6.

Tabela 12. *Teste-T de Student – Inferência Estatística por nível de escolaridade*

Nível de Escolaridade	Independência Funcional				P
	Sem Intervenção (n=40)		Com Intervenção(n=40)		
	Média	DP	Média	DP	
Inferior Básico	36,58	4,43	58,50	6,09	0,001
Superior Básico	37,86	6,63	59,25	7,48	0,001

Assim, estão reunidas as condições para de seguida se proceder à discussão dos resultados.

## **7. Discussão dos resultados**

Neste capítulo pretende-se fazer análise e interpretação detalhada de todos os resultados obtidos tendo sempre presente a pesquisa bibliográfica realizada.

Trata-se de uma fase fundamental num estudo de investigação, pois permite evidenciar os resultados mais significativos e confrontá-los com o quadro conceptual que serviu de base ao estudo.

Desta forma, em primeira instância preceder-se-á à discussão inerente aos resultados de natureza sociodemográfica em estudo e seguidamente das variáveis da amostra mais concretamente na sua relação com a autonomia funcional no idoso com fratura proximal do fémur, com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação, bem como as relações encontradas entre si.

### **Dados Sociodemográficos**

O presente estudo é constituído por uma amostra de 80 doentes com fratura proximal do fémur, sendo que o total da amostra se divide em dois grupos, um com 40 participantes que foram sujeitos a intervenção do enfermeiro de reabilitação e os restantes 40 não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

No que concerne à caracterização dos dados sociodemográficos da amostra, relativamente à idade dos inquiridos, foi critério do investigador, os participantes terem idade igual ou superior a 65 anos. Desta forma a maior representação encontra-se no grupo etário dos 65-80 anos no grupo com intervenção de enfermagem que corresponde a 67,50% e no grupo sem intervenção corresponde a 55,00% da amostra. Por sua vez o grupo etário menos predominante é a dos >80 anos em que nos doentes sem intervenção do enfermeiro de reabilitação é de 45,00% e com intervenção do enfermeiro de reabilitação é de 32,50%.

A idade vem de encontro aos dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2011), que define os 79,20 anos como a idade média de esperança de vida para a população portuguesa, daí a amostra em estudo ser predominante nos 73 aos 78 anos. Os resultados encontrados em relação à idade são consonantes também com os estudos de Almeida et al. (2008) e de Maciel e Guerra (2007), verificando-se igualmente maior predominância do grupo etária dos 75 aos 84 anos.

Relativamente ao sexo, verificou-se no grupo sem intervenção que o sexo masculino representa uma percentagem de 47,50% e o sexo feminino 52,50%. Relativamente ao grupo com intervenção o sexo masculino representa 60,00% e o feminino 40,00%, da amostra.

Existem vários autores que comprovam que o sexo feminino está fortemente ligado à fratura do fémur, sendo que a probabilidade é superior duas vezes relativamente ao sexo masculino (Martins, 2004, Rosa, 2003, KouKoulietal., 2002, Branco et al., 2001).

Na maioria dos estudos realizados, em Portugal, existe uma predominância relativamente ao sexo feminino (Carvalho, Pinto,& Mota, 2007; Sousa, Galante,& Figueiredo, 2003; Almeida, Ribeiro, Milane,& Alves, 2008; e Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto,& Martins, 2008).

No que concerne ao estado civil, verificou-se que nos participantes da amostra prevalece o estado Casado/União Fato em ambos os grupos, sendo que no grupo sem intervenção é representativo de 65% e no grupo com intervenção 62,50%. A menor representação no grupo sem intervenção é no estado de solteiro com 05,00% e no grupo com intervenção é nos divorciados / casados com 07,50%.

De acordo com o estudo de Franco e Costa (2001) estes revelam que 45,90% dos idosos são casados e vivem com o cônjuge o que vai de encontro ao nosso estudo que revelou que a amostra é maioritariamente casada. Este resultado também foi constatado noutros estudos (Sequeira, 2007, Martins, 2006, Sousa et al., 2004).

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que em ambos os grupos prevalece um baixo nível de escolaridade (ensino básico), no entanto no grupo sem intervenção é ainda superior. Segundo os dados obtidos pelo Censos (2011) 19% da população com idade igual ou superior a 65 anos apresentam um nível de escolaridade baixa. Estes resultados são corroborados também pelos estudos de Martins (2006) e de Sousa et al., (2003), onde se verificou que os níveis maioritários de escolaridade se situavam respetivamente até aos 4 anos de escolaridade e no ensino básico. No que se refere aos resultados do estudo das relações a que nos propusemos destacam-se vários aspetos que passam a debater-se de seguida.

### **Relação entre a independência funcional e as intervenções do enfermeiro de reabilitação**

Relativamente à Independência funcional do idoso com fratura proximal do fémur, e no que concerne à influência das intervenções do enfermeiro de reabilitação, estas vêm-nos demonstrar a sua importância na melhoria da sua qualidade de vida e consequente aumento da sua Independência funcional.

Efetivamente estes factos traduzem-se em diferenças entre o grupo sem intervenção de reabilitação e o grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Segundo Chainça et al., (2009) as pessoas com fratura proximal do fêmur têm grande dificuldade em adquirir o mesmo grau de mobilidade que tinham antes da fratura, pelo que é fundamental readquirir a deambulação e impedir a imobilidade no leito. A corroborar está a Direção Geral da Saúde (2014) quando afirma a taxa de morbilidade e mortalidade associada a este tipo de fratura é elevado, pelo que apenas 50% dos indivíduos readquirem a mobilidade anterior.

Os resultados obtidos neste estudo vêm valorizar a importância do enfermeiro de reabilitação durante o tempo em que os doentes estão internados, promovendo a autonomia funcional com os programas de reabilitação realizados. Estes resultados vão de encontro aos de Cunha et al., (2007) que conclui que a presença do enfermeiro de reabilitação é fundamental, aumentando a autoconfiança a nível dos autocuidados e criando autonomia funcional.

Teixeira-Samela et al. (2003) revela no seu estudo que o início da reabilitação deve ser o mais precoce possível, com o objetivo de reduzir o nível de dependência. Da mesma forma Duncan (2005) vem corroborar o estudo considerando que a reabilitação no doente internado com fratura proximal do fêmur promove a independência funcional, dando primazia à deambulação e transferências.

Outros estudos revelam que é no domínio motor e no da atividade física que os idosos apresentam maior grau de dependência, necessitando de ajuda no autocuidado e da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Petronilho (2007) num estudo com uma amostra de 97 participantes em que compara a independência funcional no momento de alta e um mês depois no domicílio, utilizando o índice de Barthel conclui que os participantes, no domicílio, tiveram um declínio a nível de independência funcional, principalmente a nível da higiene e transferência. O mesmo autor atribui o declínio à presença do enfermeiro de reabilitação durante o internamento, não dando continuidade no domicílio.

Carvalhido e Pontes (2009) utilizando Barthel, concluem no seu estudo que não tiveram evolução no controlo esfíncteriano, no entanto ressalvam que não tiveram presença do enfermeiro de reabilitação.

Numa apreciação global e como forma de refutação do presente estudo, vários autores após utilização do índice de Barthel concluíram que houve melhoria da independência funcional após programa de reabilitação (Vitório, 2012; Borges et al., 2011; Quadros Júnior, 2008; Alves, 2007; Padilha, 2007; Ferreira, 2003).

## **Relação entre a independência funcional, as variáveis sociodemográficas e as intervenções do enfermeiro de reabilitação**

De facto as intervenções do enfermeiro de reabilitação assumem uma posição preponderante na recuperação da autonomia funcional do idoso, fazendo com que essas mesmas intervenções os consigam ajudar a atingir o melhor nível de independência possível e as principais orientações consistem na preparação pré-operatória que engloba o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós operatória, que consiste na recuperação da autonomia funcional, na fase de internamento.

Assim sendo, de acordo com Cerveira (2011), o objetivo primordial do enfermeiro de reabilitação é conduzir a pessoa a tornar-se a mais autónoma possível após a fratura, e a readquirir a sua independência funcional de forma a reintegrar-se na sociedade o mais precoce possível.

Relativamente à promoção de saúde na comunidade torna-se ainda mais preponderante o papel do enfermeiro de reabilitação na tentativa de resolução do problema individual da pessoa, que se insere na família como um todo, como um sistema interativo, que para além da soma dos seus membros, a engloba como uma unidade básica ou primária, tal como muitas outras o são (instituições de saúde, ensino, religiosas ou económicas), uma vez que todas fazem parte de um sistema mais vasto que é a sociedade (Hanson, 2005). Desta forma o enfermeiro de reabilitação deve ter particular atenção às características pessoais e socioculturais do indivíduo, como o grupo etário, sexo, estado marital e nível de escolaridade de forma a adequar o seu plano de reabilitação em função da individualidade de cada doente.

Na variável grupo etário, relativamente à independência funcional, verificou-se melhorias em todas os grupos etários, mais concretamente no de > 80 anos, no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, o que está de acordo com um estudo realizado Andrade (2009) conclui que os idosos no grupo etário entre os 75 e 84 anos (25%) apresentam uma incapacidade moderada de acordo com o índice de Barthel e que acima dos 95 anos o grau de incapacidade aumenta quatro a cinco vezes mais do que aos 65 anos, o que faz com que a incapacidade dos participantes aumente, o que está de acordo com o presente estudo.

Segundo o estudo de Takkinen (2001) os programas de reabilitação oferecem um efeito positivo independentemente da idade ao nível de independência funcional.

Relativamente à variável sexo, verificou-se no presente estudo que independentemente do sexo (feminino ou masculino) existe melhoria da independência funcional no grupo com intervenção do enfermeiro de reabilitação, o que é reforçado por Cunha et al., (2007) que

segundo o seu estudo, independentemente do sexo a intervenção do enfermeiro de reabilitação evidencia ganhos relativamente à independência funcional a nível do autocuidado.

Da análise da relação entre a independência funcional e o estado marital, constatou-se que os participantes casados, apresentam melhores resultados, com intervenção do enfermeiro de reabilitação, no entanto os participantes não casados apresentam valores prova significativos na amostra com intervenção do enfermeiro de reabilitação. Segundo Pinto (2011), no seu estudo sobre independência funcional no regresso ao domicílio, com a utilização do Índice Barthel, constatou que os participantes casados apresentavam igualmente maior independência funcional com intervenção do enfermeiro de reabilitação, assim como com os participantes não casados, conforme corroborado pelo estudo de Cunha et al., (2007) e com o presente estudo.

No que concerne é independência funcional e nível de escolaridade, no presente estudo, verificou-se que os participantes com escolaridade superior básico apresentam melhores índices de independência funcional, no entanto os participantes com o ensino inferior básico também são significativos, o que está de acordo com os estudos realizados por Burnay (2011) e Cunha et al., (2007) ao referirem que quanto maior o grau de escolaridade maior a independência funcional e maior a capacidade para a aprendizagem dos programas de reabilitação.

Através da análise dos resultados apresentados com utilização do Índice de Barthel, verificou-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação traduz-se em diferenças estatisticamente significativas o que o coloca numa estratégia preponderante na melhoria da independência funcional no idoso com fratura proximal do fémur.

Contudo em função do exposto julgo ser pertinente consolidar e reforçar estes resultados de forma a obterem ainda mais consistência.

## Conclusões

Compreender o envelhecimento como processo dinâmico, permite conduzir a uma mudança de atitude em relação à pessoa idosa. Atualmente, a política de saúde direcionada para os idosos estabelece diretrizes relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que apresentam a capacidade funcional restringida, para que possam permanecer no seu meio ambiente, exercendo da forma mais independente possível as suas funções na sociedade.

A necessidade de enfermeiros de reabilitação em contexto hospitalar e a sua intervenção direta nos ganhos em saúde, mais concretamente no aumento da independência funcional durante o internamento, poderá ser comprovada também com a realização deste estudo.

Os doentes idosos com fratura proximal do fémur são uma problemática atual uma vez que a imobilização devida á fratura aumenta as comorbilidades e a diminuição da independência funcional, deste modo a intervenção do enfermeiro de reabilitação nos doentes com fratura proximal do fémur é fulcral, devida à formação especializada e ao treino de competências que possui. Segundo Baia (2010) a presença do enfermeiro de reabilitação é fundamental quer durante o internamento, quer no momento da alta para o doente e para a família.

O presente estudo tinha como objetivo refletir na importância da intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação no internamento, assim como o seu papel na readaptação funcional do doente com fratura proximal do fémur. Deste modo, a reabilitação funcional torna-se imperativa para a recuperação do doente.

Deste modo, de acordo com os objetivos e hipóteses propostas, conclui-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação nos serviços de saúde tem repercussões positivas na independência funcional dos idosos com fratura proximal do fémur submetidos a cirurgia da anca. Assim, este estudo demonstra que os idosos com fratura proximal do fémur, que tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação apresentam médias mais altas, pelo que são estatisticamente significativas nas dimensões do Índice de Barthel alimentação, higiene corporal, utilizar a casa de banho, subir escadas, transferência cadeira / cama e deambulação relativamente aos idosos que não tiveram intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A relação entre a independência funcional e as variáveis independentes, tem um papel preponderante, em particular as de cariz sociodemográficas, dos idosos com fratura proximal do fémur.

Na elaboração da tese tive várias dificuldades na aplicação do índice de Barthel, uma vez que este é demasiado generalista, não sendo possível avaliar uma evolução mais intermédia na evolução funcional dos idosos com intervenção do enfermeiro de reabilitação, no entanto os resultados obtidos vieram confirmar e reforçar as hipóteses.

É fundamental que se continuem a realizar estudos que corroborem o presente estudo, de forma a reafirmar a importância do enfermeiro de reabilitação nos serviços de internamento e a sua intervenção no aumento da independência funcional.

A conclusão que se pode retirar deste estudo é que a política atual através da evidência produzida pode ser potencializada através de estudos custo-utilidade, por exemplo, que permitam adotar estratégias de gestão mais efetivas.

## Referências bibliográficas

### Livros e artigos científicos

- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da Qualidade de Vida*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto, Portugal.
- Almeida, M.J.M., Ribeiro, L.C., Milane, J.L. & Alves, A.M. (2008). Perfil da capacidade funcional do idoso. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Recuperado de [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1534.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf).
- Alves, L. (2007). *A Influência da atividade física, na qualidade de vida relacionada com a saúde e índice de massa corporal, em indivíduos com mais de 65 anos*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física do Porto, Portugal.
- Alves, T.R., Moraes, L., Dutra, M., Zaniboni, G., Silva, D., Hessel, M. & Teixeira, L. (2012). Alterações Posturais e Equilíbrio em Mulheres Pós Menopausas com Osteoporose. *Coleção pesquisa em Educação Física*, 11(6).
- Andrade, F. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. (Tese de Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho de Braga, Portugal.
- Araújo, F., Pais, J., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 217- 220.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida. Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2).
- Arndt Â. B., Telles J.L. & Kowalski S.C. (2011). O custo direto da fratura de Fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília, 2009. *Revista brasileira geriatria gerontológica*, 14(2), 221-31.
- Baia, P. R. (2010). *Doente com AVC: Dificuldades da família*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde do Porto, Portugal.
- Baixinho, C. L. (2009). Funcionalidade depois da fratura do colo do fémur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25 (3), 311-319.

- Baixinho, C. L.(2009). Por uma lógica de cuidados em Ortotraumatologia que promova o regresso a casa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 14.
- Borges, G., Benedetti, T. & Farias, S. (2011). Atividade Física Habitual e Capacidade Funcional Percebida de Idosas do Sul do Brasil. *Pensar a Prática: Goiânia*,14(1). Recuperado de [www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/download/12314/9153](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/download/12314/9153).
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Bernards, C., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 106(4), 751-758.
- Branco J, Felicíssimo P, Monteiro J. (2009). A epidemiologia e o impacto socioeconómico das fraturas da extremidade proximal do fémur. Uma reflexão sobre o padrão atual de tratamento da osteoporose grave. *Órgão oficial da sociedade portuguesa de reumatologia, ata de reumatologia portuguesa*, 34, 475-485.
- Branco PJ. (2012). Osteoporose atinge cerca de 500 mil pessoas em Portugal. *Saúde pública*, 2082, 2.
- Branco, M. J., Nogueira, P. J., Dias, C. M. (2001). *MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa, Portugal: ONSA.
- Browner, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4),743-743.
- Burnay, R. (2011). *A passagem à reforma*. (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- 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, Portugal: Lusociência.
- Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 140-150.
- Carvalho, J., Pinto, J. & Mota, J. (2007). Atividade física, equilíbrio e medo de cair: um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7(2), 225-231.
- Cerveira, A. J. (2011). *Independência Funcional nos Doentes com AVC: Determinantes Sociodemográficas e Clínicas*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

- CIPE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Chadwick, A. (2001). *Reumatologia para fisioterapeutas*. São Paulo, Brasil: Premier.
- Chainça, L., Rebelo, O., Almeida, T. (2009). *Fraturas do terço superior do fémur -Enfermagem em traumatologia*, (2ªed.). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Cunha, C., Monteiro, E., Ribeiro, G., Amaral, M. & Martins, T. (2007). *A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2666/1/Independ%C3%A0ncia%20Funcional%20e%20Regresso%20ao%20Domicilio.pdf>.
- Cunha, U. & Veado, M. C. (2006). Fratura da extremidade proximal do fémur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. *Revista Brasileira de ortopedia*, 41, (6), 195. Recuperado de [http://www.rbi.org.br/2006\\_jun\\_05.pdf](http://www.rbi.org.br/2006_jun_05.pdf).
- Dal Poz M. (2000). *Recursos humanos e o programa de saúde da família: política e problemas*. Rio de Janeiro, Brasil: Mimeo.
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L. & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Escola Enfermagem/USP*, 41, 317-325.
- Ducan, P. (2005). Management of Adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*, 36 (9), 100-43. Recuperado de <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>.
- Ermida, J. G. (1999). O idosos: problemas e realidades. *Sinais Vitais*, 1, 41-50.
- Espanadeiro, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Faria, J. C. (2003). Importância do Treinamento de Força na Reabilitação da Função Muscular, Equilíbrio e Mobilidade de Idosos. *Revista Acta Fisiátrica*, 10 (3), 133-137. Recuperado de [http://www.actafisiatrica.org.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=281&nomeArquivo=v10n3a07](http://www.actafisiatrica.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=281&nomeArquivo=v10n3a07).
- Ferreira, C. (2003). *Atividade Física e Percepções do estado de saúde em Idosos do Concelho de Viseu*. (Tese de Mestrado). Faculdade Ciências do Desporto e de Educação Física do Porto, Portugal. Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216>.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Fortin, M., Cote, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Franco, I. & Costa, L. P. (2001). Níveis de dependência nos idosos. *Nursing*, 161, 21-25.
- Freitas, M. (2005). Avaliação Económica em Saúde. *Portal da Saúde Pública*. Recuperado de [www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011-Economia/EconomiaSaude\\_MarioFreitas](http://www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011-Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas).
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Heetveld, M. J. (2005). Hemodinamically Unstable Pelvic Fracture: Recent care and new guideline. *Work J.* 28 (9) 904-9.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hill, M. M., Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*, (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ingemarsson, A. H., Frandin, K., Mellstrom, D., Mollerr, M. (2003). Walking ability and activity level after hip fracture in the elderly- a follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(2), 76-83.
- Kirk-Sanchez, N. J. (2004). Factors Related to Activity Limitations in a Group of Cuban Americans Before and After Hip Fracture. *Physical Therapy*, 84 (5), 408-418.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª ed.). New York, USA: The Guilford Press.
- Koukoulí, S., Vlachonikolis, I. G. & Philalithis, A. (2002). Sociodemographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Service Results*, 2 (20). Recuperado de <http://WWW:<URL:<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/20>>.
- Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. Londres, Inglaterra: Sage Publications.
- Leal, M. (2001). Estudo dos níveis de independência funcional dos doentes com gonartrose após artroplastia total do joelho. *Sinais Vitais*, 39, 34-39.

- Lin, P. & Chang, S. (2004). Functional Recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *Journal of Nursing Research*, 12 (1), 72-82.
- Lin, P., Hung, S. H., Liao, M., Sheen, S. & Jong, S. (2006). Care Needs and Level of Care Difficulty Related to Hip Fractures in Geriatric Populations During the Post-Discharge Transition Period. *Journal of Nursing Research*, 14 (4), 251-259.
- Maciel, A.C. & Guerra, R.O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10(2), 178-189.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Extremadura, Portugal.
- Martins, T. (2006). *AVC: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento* (1ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Neri, A. L. (2004). Qualidade de vida na velhice. Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso. *Manole*, 9-34.
- O'Sullivan, S. B. & Schmitz, T. J. (2010). Fisioterapia Avaliação e Tratamento. *Manole*.
- Olsson, L., Nystrom, A. & Karlsson, J. (2007). Admitted with a hip fracture: patients perceptions of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (5), 853-859.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Doentes que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdades de Ciências da Saúde*, 140-150.
- Padilha, N. (2007). *Atividade física e saúde na terceira idade: Estudo da influência da prática de hidroginástica na aptidão física funcional de idosos autónomos e independentes*. (Tese de Mestrado). Restaurado de <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/88>.
- Pereira, L.S.M., Gomes, G.C. (2004). Avaliação Funcional. *Sinais e Sintomas em Geriatria*, 17-30.
- Pereira, S. R. M., Buksman, S., Perracini M., PY, L. A. O. & Barreto, K. M. L. (2002). Quedas em idosos. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, 405-414.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências. A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pinto, E. M. (2011). *Independência Funcional e regresso ao domicílio – Variável chave para a enfermagem de reabilitação*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Portugal.
- Quadros Junior (2008). Estudo do Nível de Atividade Física, Independência Funcional e Estado Cognitivo de Idosos Institucionalizados: Análise por género. *Journal of Biometricity*, 2 (1), 39-50. Recuperado de [http://www.brjb.com.br/files/brjb\\_27\\_2200803\\_id2.pdf](http://www.brjb.com.br/files/brjb_27_2200803_id2.pdf).
- Rebelatto, J. R. & Morelli, J. G. S. (2011). *Fisioterapia Geriátrica: A Prática de Assistência ao Idoso* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Manole.
- Rockwood, L.S. (2007). *Princípios e Práticas de Reabilitação: Tratado de Enfermagem de Reabilitação*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Roder, F., Schwab, M., Aleker, T., Morike, K., Thon, K. P. & Klotz, U. (2003). Proximal femur fracture in older patients – rehabilitation and clinical outcome. *Age and Ageing*, 32, 74-80.
- Roper, N. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide, Portugal: MCGraw-Hill.
- Rosa, T. E. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48. Recuperado de <http://WWW:<URL:<http://www.fsp.usp.br/rsp>>.
- Santos C.I. (2010). *Os custos das fracturas de etiologia osteoporótica em mulheres: institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e lares de 3ª idade*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <http://run.unl.pt/handle/10362/6055>.
- Santos, M. (2006). *As vivências do cuidador informal aos idosos dependentes em casa*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/732>.
- Schneider, R. H., Marcolin D. & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Revista Scientia Medica*, 18 (1), 4-9.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

- Sérgio J. S. (2005). *Fundamentos de Orto-Traumatologia, para técnicos de saúde*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Serra, L. M. A. (2001). *Crítérios fundamentais em fraturas e ortopedia* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Técnicas, Lda.
- Shyu, Y., Chen, M., J., Lu, J., Wu, C. & Su, J. (2004). Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan. *Osteoporosis International*, 15, 95-102.
- Sousa L., Galante H. & Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-71. Recuperado de [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp).
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Portugal: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Stanhope, Márcia (1999). *Teorias e desenvolvimento familiar. Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4.ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Takkinen S. (2001). More Meaning by Exercising? Physical Activity as a Predictor of a Sense of Meaning in Life and of Self-Rated Health and Functioning in Old Age. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10, 128-139.
- Tarazona-Santabalbina F., Belenguer-Varea A., Rovira-Daudi E., Salcedo-Mahiques E., Cuesta-Peredó D. & Doménech-Pascual J. (2012). Early interdisciplinary hospital intervention for elderly patients with hip fractures – functional outcome and mortality. *Clinics* 67(6), 547-555.
- Teixeira-Samela L.F., Augusto A.C.C., Silva P.C., Lima R.C.M., Goulart F. (2003). Musculação e condicionamento aeróbico em hemiplégicos: impacto no desempenho motor. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 7, 209-215.
- Vieira, A. C. (2003). *Qualidade de Vida e Suporte Social dos Idosos em Ambiente Institucional: Contributos da Bioética*. (Tese de Mestrado). Faculdade Medicina do Porto, Portugal.
- Vitório, V. (2012). Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 17 (1). Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/14853/23189>.

Vuadens, P. (2002). *Definition and Measurement of Outcome. in Long-Term Effects of Stroke*. New York, USA: Marcel Dekker, Inc.

Zucherman, J. D. (1992) – Hip fractures in geriatric patients. Results of an interdisciplinary hospital care program. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 274, 213-225.

### Fontes de informação

Decreto-Lei n.º111/09 de 16 de Setembro. (2009). *Diário da República n.º180/09, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2003). *Fraturas da extremidade proximal do fémur no idoso, recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa, Portugal. Recuperado de [www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx](http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx).

Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal idade maior em números – 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *XIV Recenseamento geral da população*. Recuperado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001).

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas Demográficas2007*. Recuperado de [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=30840331](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=30840331).

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Estatísticas Demográficas2011*. Recuperado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=censos](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=censos).

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompeticiasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticiasEspecifEnfreabilitacao.pdf).
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Relatório Mundial da Saúde 2014*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/em-destaque/organizacao-mundial-da-saude-publicou-o-relatorio-estatisticas-mundiais-da-saude-2014.aspx>.
- Organização Mundial da saúde(2001). *Aging and life course. Men, aging and health. Acheiving health across the life span. Non communicable Diseases and Mental Health Cluster*. Genebra: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/66941>.
- World Health Organization (1994). *Assessment of fracture risk and its application to screening in postmenopausal osteoporosis*. Genebra: WHO. Recuperado de [www.who.int/iris/handle/10665/39142](http://www.who.int/iris/handle/10665/39142).

## ANEXOS

## **ANEXO I- QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO**

Este estudo permite avaliar se a intervenção do enfermeiro de reabilitação em idosos com prótese total da anca aumenta a autonomia funcional e diminui o número de dias de internamento.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível, apostar numa melhoria contínua dos cuidados prestados.

Não **há respostas certas ou erradas** relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é de natureza **confidencial**. O tratamento deste, por sua vez, é efetuado de forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, pelo que o seu **anonimato** é respeitado.

MUITO OBRIGADO  
PELA SUA COLABORAÇÃO

## Questionário Sociodemográfico

Por favor responda às questões que se seguem, apenas com uma cruz (x).

Data: \_\_/\_\_/\_\_

1. Idade \_\_\_\_

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Atividade Profissional

Doméstico

Reformado

Desempregado

Outros \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

4. Estado Civil

Casado (a) / em união de facto

Solteiro (a)

Divorciado (a) /Separado (a)

Viúvo (a)

5. Habilitações Literárias

Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

## **ANEXO II –ÍNDICE DE BARTHEL**

## Índice de Barthel

Data: \_\_\_\_\_

<b>Alimentação</b>	10 Independente 5 Necessidade de Ajuda 0 Dependente
<b>Vestir</b>	10 Totalmente dependente 5 Necessita de alguma ajuda 0 Dependente
<b>Banho</b>	5 Totalmente independente 0 Dependente
<b>Higiene corporal</b>	5 Totalmente independente 0 Dependente
<b>Utilizar a casa de banho</b>	10 Independente 5 Necessidade de Ajuda 0 Dependente
<b>Controlo Intestinal</b>	10 Independente 5 Incontinência Ocasional 0 Incontinência Fecal
<b>Controlo Vesical</b>	10 Independente 5 Incontinência Ocasional 0 Incontinência ou algaliado
<b>Subir Escadas</b>	10 Independente, sobe e desce escadas 5 Necessidade de Ajuda 0 Dependente
<b>Transferência Cadeira - Cama</b>	15 Independente 10 Necessidade de Ajuda mínima ou supervisão 5 Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) 0 Dependente
<b>Deambulação</b>	15 Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com a ajuda de andarilho) 10 Necessidade de Ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) 5 Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) 0 Dependente

Score: \_\_\_\_\_

90-100 Pontos (Independente)

60-90 Pontos (Ligeiramente Dependente)

40-55 Pontos (Moderadamente Dependente)

20-35 Pontos (Severamente Dependente)

< 20 pontos (Totalmente dependente)

**ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E  
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

CES 89-13

h CA  
c/ma Manuel DC

13.5.

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIAO DE 16 MAI 2013

Presidência do Conselho de Administração

\_\_\_\_\_  
Diretor Geral

\_\_\_\_\_  
Enfermeira Gerencial

\_\_\_\_\_  
Vicegerente

\_\_\_\_\_  
Vicegerente

\_\_\_\_\_  
Diretor Técnico

\_\_\_\_\_  
Diretor de Saúde

\_\_\_\_\_  
Diretor de Gestão

\_\_\_\_\_  
Diretor de Apoio

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Andrea Joana Silva Fernandes

**Título do projecto de investigação:** Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação em Idosos com PTA – Um estudo de Impacto.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Traumatologia, do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 15 de Fevereiro de 2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Andrea Fernandes

**Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ**  
**Parecer**

**Projeto de Investigação:** "Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação em Idosos com PTA – Um estudo de Impacto".  
Enf.<sup>a</sup> Andrea Joana Silva Fernandes.

Tem como **objetivos:**

- Determinar a influência da intervenção do enfermeiro de Reabilitação, no utente com mais de 65 anos, submetido a PTA, na duração do internamento hospitalar. Clarificar os ganhos em saúde adquiridos, devido à intervenção do enfermeiro de reabilitação, em contexto de internamento hospitalar.

**Conceção e pertinência do estudo:**

Trata-se de um estudo a desenvolver no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações-Gestão de Unidades de Saúde, a decorrer no Instituto Politécnico do Porto, sob orientação do Professor Doutor Rui Pimenta e Prof. Doutora Carminda Morais (Declaração anexa).

O estudo vai ser desenvolvido no Serviço de Traumatologia do Centro Hospitalar de São João – EPE, para o qual dispõe de autorização dos Exmo. Diretor de Serviço e Enf. Chefe do Serviço.

A amostra objeto deste estudo será constituída por utentes que cumpram os seguintes **critérios de inclusão:**

- Idade igual ou superior a 65 anos de ambos os sexos e internados no Serviço de Traumatologia do Centro Hospitalar de São João – EPE.

Como métodos de colheita de informação e de acordo com o tipo de pesquisa, será utilizado:

- Questionário sociodemográfico. (anexo);
- Escala Modificada de Barthel que será aplicada em duas amostras, uma em doentes com intervenção do enfermeiro de reabilitação, outra em doentes sem intervenção do enfermeiro de reabilitação. (anexo), que não está anonimizada.

No que concerne aos procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo, verifica-se uma preocupação em que estes sejam respeitados. Porém, embora previsto não inclui o Modelo de Consentimento Informado e adequada e informação ao participante. O investigador deve clarificar o período em que pretende fazer a colheita de dados (cronograma).

A investigadora dispõe de competências técnico-científicas (CV) para a realização do estudo, estando este delineado em concordância com os objetivos do mesmo.

**Benefício / Risco:**

Para os participantes não existem benefícios imediatos, como também não representa qualquer risco para o doente a participação no estudo.

**Respeito pela liberdade e autonomia:**

Está prevista a solicitação do Consentimento Livre e Esclarecido.

**Confidencialidade dos dados:**

A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes, através da codificação das entrevistas e garante da destruição das mesmas após a conclusão do estudo.

**Indemnização por danos**

Não aplicável

**Continuação do tratamento**

Não aplicável.

**Propriedade dos dados:**

Não aplicável.

**Conclusão:**

De acordo com a análise efetuada, propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo, desde que clarificados os aspetos em itálico.

Porto, 22 de Março de 2013

O relator,

*T. Guerreiro*  
Teresa Guerreiro

*Dado que todas as  
questões, foram adequadamente  
respostadas, foi por isso a ser  
atendida pelo CES 22/4/2013  
T. Guerreiro*

**7. SEGURO**

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM  (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

**8. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Andrea Joana Silva Fernandes, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 15 de Fevereiro de 2013

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

*Andrea Joana Silva Fernandes*  
2013-02-22 O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES de

*Considerando que foram meus benefícios e encaminhamento prestado pelo investigador*

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2013-04-22  
*[Signature]*

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

## Designação do Estudo (em português):

**"Intervenção dos Enfermeiros de reabilitação em idosos com PTA – Estudo de Impacto"**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.


Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201\_\_

**Assinatura do doente:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome: Andrea Joana Silva Fernandes**

**Assinatura:** 

**ANEXO IV – TESTE DE U MANN-WHITNEY DIMENSÕES DA  
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

*Teste de U Mann-Whitney das dimensões da independência funcional*

---

Independência Funcional

---

	<i>P</i>
Alimentação	0,023
Vestir	SS
Banho	SS
Higiene Corporal	0,041
Utilizar Casa de Banho	0,001
Controlo Intestinal	0,528
Controlo Vesical	0,366
Subir Escadas	0,001
Transferência Cadeira/ Cama	0,001
Deambulação	0,001

---