

AGRADECIMENTOS

Com o término deste trabalho, resta-nos registrar os nossos sinceros agradecimentos a todos aqueles que de várias formas contribuíram para que se tornasse numa realidade.

À nossa orientadora a Professora Doutora Rosa Martins, por toda a dedicação, compreensão, pelo apoio, disponibilidade, estímulo e amizade demonstradas desde o primeiro momento.

Aos idosos que integraram este estudo, obrigada pela vossa colaboração.

Ao colega Manuel Jorge, pela amizade e apoio demonstrado nas horas mais difíceis.

Ao meu marido e filha, Sofia, pelo encorajamento, paciência e pela grande compreensão da minha pouca disponibilidade.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, agradeço a tolerância, a motivação e a ajuda.

A todos o meu **Muito Obrigada**

RESUMO

Introdução: O envelhecimento representa a passagem do tempo, não uma patologia, sendo um processo natural e fisiológico. No idoso, as fraturas da extremidade superior do fémur, representam um sério problema devido às elevadas incapacidades que causa e as suas consequências.

Objetivo: Identificar a incapacidade funcional e em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionalidade familiar a influenciam.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal, analítico e comparativo, empregando uma metodologia do tipo quantitativo, utilizando para o efeito uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 idosos do concelho de Viseu com fratura da extremidade superior do fémur há 6 meses. O instrumento de medida utilizado foi um questionário, a Escala de Apgar Familiar e Escala de Barthel Modificada.

Resultados: A população estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 78,5 anos, casada, residente em meio rural. Têm como habilitações o 1º ciclo de estudos, sem apoio institucional e com baixos rendimentos. No final dos 6 meses após fratura da extremidade superior do fémur, verificamos que 40% dos doentes são independentes na capacidade funcional, 33,3% têm uma dependência elevada, 16,7% uma dependência moderada e apenas uma minoria apresenta um nível de dependência reduzida (5%) e muito elevada (5%). As variáveis que influenciaram significativamente a capacidade funcional são: idade, estado civil, habilitações literárias, apoio institucional, situação económica, tipo de cirurgia e a reabilitação.

Conclusão: As variáveis que mais influenciam na capacidade funcional são: a idade, em que com o seu aumento diminui a capacidade funcional; o nº de sessões de reabilitação, pois quantas mais sessões de reabilitação realizarem mais aumenta a sua capacidade funcional.

Palavras-Chave: Idosos; (In)capacidade Funcional; Fraturas.

ABSTRACT

Introduction: Aging is the passage of time, not a disease, being a natural and physiological process. In the elderly, fractures of the upper end of the femur, is a serious problem due to the high disability that causes and its consequences.

Objective: Identify the functional disability and the extent to which sociodemographic, clinical and family functioning influence it.

Methods: We conducted a cross-sectional study, analytical and comparative, employing a quantitative methodology, using for this purpose a non-probabilistic sample of convenience consisting of 60 seniors in the municipality of Viseu with fracture of the upper end of the femur for 6 months. The measuring instrument was a questionnaire, the Family Apgar Scale and Modified Barthel Scale.

Results: The study population was predominantly female, with a mean age of 78.5 years, married, residing in rural areas. They have qualifications as the 1st cycle of studies, without institutional support and low income. At the end of six months after fracture of the upper end of the femur, we found that 40% of patients were independent in the functional capacity, 33.3% have a high dependence, 16.7% and a moderate dependence and only a fraction has a degree of low dependence (5%) and high dependence (5%). The variables that significantly influenced the functional capacity are: age, marital status, education, institutional support, economic status, type of surgery and rehabilitation.

Conclusion: The variables that most influence the functional capacity are: age, that when increases, age decreases the functional capacity; the number of rehabilitation sessions, because as the rehabilitation sessions held increases the more increases its functional capacity.

Keywords: Elderly, (In) Functional capacity; Fractures

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO.....33

1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – A PESSOA IDOSA.....35

2.1 – ESTRUTURA FAMILIAR.....37

3 – (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO APÓS FRATURA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR.....41

3.1 – FRATURAS DA EXTERMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR.....44

3.2 – A IMOBILIDADE NOS IDOSOS.....48

4 – REABILITAÇÃO FUNCIONAL.....51

2ª PARTE – TRABALHO EMPIRICO

5 – METODOLOGIA.....55

5.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....55

5.2 – OBJETVOS.....56

5.3 – DEFINIÇÃO DAS VARIAVEIS.....57

5.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIAVEIS.....58

5.4.1 – Variável dependente	58
5.4.2 – Variáveis independentes	60
5.5 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	66
5.6 – POPULAÇÃO/AMOSTRA	67
5.7 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	67
5.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	67
6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS	69
6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	70
6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	74
7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
8 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	103
APÊNDICE I – Pedido de autorização para aplicação do questionário	105
ANEXOS	107
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	109

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários	70
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio – demográficas	71
Tabela 3 – Estatística relativa ao nº de dias de apoio institucional por sexo	72
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo as variáveis as variáveis clínicas função do sexo	73
Tabela 5 – Estatística relativas ao nº de sessões de reabilitação por sexo	73
Tabela 6 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar dos idosos segundo o sexo	73
Tabela 7 – Estatísticas relativas à incapacidade funcional dos idosos segundo o sexo	74
Tabela 8 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e sexo	75
Tabela 9 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do sexo	75
Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função dos grupos etários	76
Tabela 11 – Correlação entre incapacidade funcional e idade	76
Tabela 12 – Teste de Mann-Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do local de residência	76
Tabela 13 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da estado civil recodificado	77
Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional (IBM) em função das habilitações literárias	77
Tabela 15 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e agregado familiar	78
Tabela 16 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da apoio centro de dia/enfermeiros CS/paróquia/vizinhos	79
Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da situação económica	79
Tabela 18 – Correlação entre incapacidade funcional e tempo decorrido entre fratura e a cirurgia	79

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do local da fratura	80
Tabela 20 – Teste da Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do local da fratura (recodificação)	80
Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do tipo da cirurgia	80
Tabela 22 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e reabilitação	81
Tabela 23 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da reabilitação	81
Tabela 24- Correlação entre incapacidade funcional e nº de sessões de reabilitação	82
Tabela 25 – correlação entre score de incapacidade funcional e de funcionalidade familiar	82

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Classificação Escala de Barthel Modificada	60
Quadro 2 – Classificação da Apgar Familiar	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Estrutura da população residente em Portugal	36
Gráfico 2 – Índice de envelhecimento em 2011	37

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo conceptual representativo da articulação das variáveis estudadas	58

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs – Atividades Instrumentais da Vida Diárias

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

Apud – Citado em

AVDs – Atividades da Vida Diárias

AVD – Atividades da Vida Diária

Cf. – Conforme

Cit. in – Citado em

CV% - Coeficiente de variação

Dec. - Decreto

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio padrão

EBM – Escala de Barthel Modificada

Ed. - Edição

ESO – European Stroke Initiative

Et al. – E outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

Md – Mediana

n – Frequência absolutas

Nº/ nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Significância

P./p. - .Página

PRT – Progressive Resistance exercise Training

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Vol. – Volume

vs - Versus

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

\bar{x} - Média

% - Por cento (percentagem)

X^2 - Qui-quadrado

< - Menor

> - Maior

+ - Mais

- - Menos

= - Igual

\geq - Maior ou igual

\leq - Menor ou igual

GLOSSÁRIO

Idoso – É uma pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável (OMS, 2001)

Geriatria – É o ramo da medicina que foca o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças e da incapacidade em idades avançadas (FILHO, 2000).

Gerontologia – É o estudo interdisciplinar que investiga os fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento do ser humano (FILHO, 2000).

Índice de envelhecimento - É a relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos (INE, 2011).

Deficiência – Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão (ALMIRAN, 2000).

Incapacidade – Restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária (ALMIRAN, 2000).

Desvantagem - Prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades da sobrevivência (ALMIRAN,2000).

Capacidade funcional – É o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente (MATSUDO, 2000).

Incapacidade funcional – É a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (YANG e JORGE, 2005).

Família – É a unidade básica da sociedade formada por indivíduos com ancestrais em comum ou ligados por laços afetivos (STANHOPE, 1999).

Fratura – Ocorre quando o osso, perde a capacidade de transmitir normalmente, às cargas durante o movimento, por perda da sua integridade estrutural (REBELATTO, 2011).

Fémur – É o osso mais longo, mais volumoso do humano, e mais resistente, suporta uma pressão de 1230 Kg por centímetro quadrado sem se ferir e localiza-se na coxa. O fémur divide-se basicamente em cabeça do fémur, colo do fémur, trocânter maior e trocânter menor, linha áspera e côndilos femorais (JARMEY, 2008).

Cirurgia ortopédica – consiste na redução e tratamento cruento de algumas lesões graves (fraturas, luxações e algumas entorses) (REBELATTO, 2011).

Artroplastia – Procedimento cirúrgico que visa a substituir parcial ou totalmente uma articulação, com a finalidade de restaurar a sua mobilidade (JARMEY, 2008).

Osteossíntese – É intervenção cirúrgica que tem por finalidade reunir mecanicamente os fragmentos ósseos de uma fratura, por intermédio de uma peça metálica, que permite a consolidação pela formação do calo (REBELATTO, 2011).

Encavilhamento – É a introdução de fio, vareta ou cavilha metálicos no canal medular do osso, ao longo do seu maior eixo, mantendo o seu alinhamento (REBELATTO, 2011).

Placas, Parafusos e Cravos – São aplicados na superfície dos ossos de forma a fixar os fragmentos e promover a consolidação (REBELATTO, 2011).

Redução – Consiste na reposição, o mais aproximado possível, da anatomia normal por manipulação. Pode ser executada por manipulação externa (redução incruenta ou fechada) ou expondo cirurgicamente a lesão (redução cruenta ou aberta) (REBELATTO, 2011).

1 – INTRODUÇÃO

Dentro dos maiores problemas do envelhecimento, um dos mais dramáticos e temidos é a fratura da extremidade superior do fémur. Associa-se a este tipo de fraturas uma alta taxa de mortalidade, uma perda da independência na mobilidade e incapacidade funcional. Menos de 50% dos idosos retoma ao estado pré-fratura.

Segundo a DGS (2008) em Portugal no ano de 2006, ocorreram 9523 fraturas do colo do fémur, as quais, para além de consumirem cerca de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares, são uma importante causa de morbilidade e mortalidade. De facto, os doentes com fratura do fémur proximal têm uma mortalidade estimada entre 20% e 30% no ano seguinte à fratura e apenas 15% dos doentes com fratura do colo fémur recuperam a capacidade funcional prévia, ficando cerca de 40% com incapacidade grave.

Neste sentido, a recuperação do doente após acometimento da fratura tem, para a Enfermagem de Reabilitação, uma importância fundamental pois é considerada uma mais-valia na restituição da função pré-fratura, maximizando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência. Segundo a OMS (2003, cit. por Pereira, 2003), a independência não significa que um doente que sofreu fratura da extremidade superior do fémur deva aprender a fazer tudo sozinho. Ele deve ter todas as oportunidades para retomar a uma vida normal, fazendo o máximo possível sem ajuda, apesar de algumas limitações residuais.

Para Chiança, Rebelo e Almeida (2009), é imprescindível compreender a influência das variáveis que possam interferir direta ou indiretamente nessa recuperação estabelecendo planos de atuação adaptados e ajustados a cada situação. A motivação é obtida através de uma intervenção interdisciplinar em que o Enfermeiro de Reabilitação se insere, este atuando como promotor e agente catalisador do processo leva a que o idoso possa atingir um nível de dependência menos gravoso.

É objetivo da reabilitação melhorar a capacidade funcional do doente idoso, não só em ambiente hospitalar mas também no domicílio e comunidade, melhorando a independência desses idosos.

Ao avaliarmos o nível da capacidade funcional nos idosos com fratura da extremidade superior do fémur, seis meses após a cirurgia, cremos estar a dar um

contributo importante para a enfermagem em reabilitação, nomeadamente, a nível de reabilitação no domicílio.

A escolha deste tema surge como consequência do contato direto que temos com os idosos e suas problemáticas. Como tal parece-nos ser importante conhecer a (in)capacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur.

Perante o exposto foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo;
- Identificar a percepção dos idosos sobre a sua funcionalidade familiar;
- Identificar a incapacidade funcional dos idosos após fractura da extremidade superior do fémur;
- Analisar a existência de diferenças significativas entre variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionalidade familiar e incapacidade funcional.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes: a primeira que designamos de fundamentação teórica, é constituída por três capítulos. O primeiro diz respeito à problemática da pessoa idosa e sua interação com a estrutura familiar. O segundo aborda a (in)capacidade funcional no idoso após fratura da extremidade superior do fémur tema central deste estudo, com dois subcapítulos: as fraturas da extremidade superior do fémur e a imobilidade no idoso. O terceiro capítulo faz referência à reabilitação funcional.

A segunda parte descreve o trabalho empírico, o qual faz parte a metodologia, tratamento estatístico de dados, a discussão dos resultados e as conclusões e sugestões.

1ª PARTE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2- A PESSOA IDOSA

O mundo está a envelhecer rapidamente. Portugal não é exceção e, como tal, o fenómeno de envelhecimento emerge na nossa sociedade, devendo ser alvo de preocupação e reflexão (ESPANADEIRO, 2008).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas:

- Individual, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida.
- Demográfico, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa.

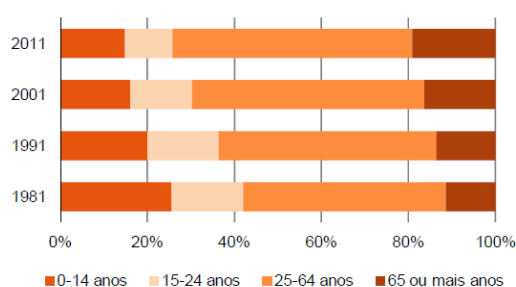
De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, o número crescente de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definidos. Desta forma, existem autores (KRAUSE, 1994 cit. por ESPANADEIRA, 2008) que acrescentaram á definição da OMS agrupamentos etários mais definidos, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade). No primeiro grupo, as quedas ocorrem com frequência durante uma caminhada ou quando estão a fazer compras, enquanto no segundo grupo, acontecem quase sempre dentro de casa (FREEMONT, 2003).

As definições de envelhecimento e de idoso continuarão a evoluir com o conhecimento. Mas o que será sempre verdade é que a sua utilização implica relação com o tempo. “Envelhecer refere-se a mudanças regulares, que ocorrem em organismos geneticamente maduros, que vivem em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança” (BIRREN e RENNER, 1985, p. 4, cit. in COSTA, 2002, p. 38).

O fator cronológico não é, de forma alguma, o único que explica/determina o envelhecimento, existem vários fatores que o determinam, nomeadamente: o desenvolvimento dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, a melhoria das condições de vida e a própria individualidade inerente a cada pessoa.

Em consequência destes fatores, desde 1981 (INE, 2011), o número de idosos tem vindo a aumentar enquanto que o número de jovens (população com 0-14 anos) tem vindo a diminuir, como se pode observar no gráfico 1.

Gráfico 1: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários



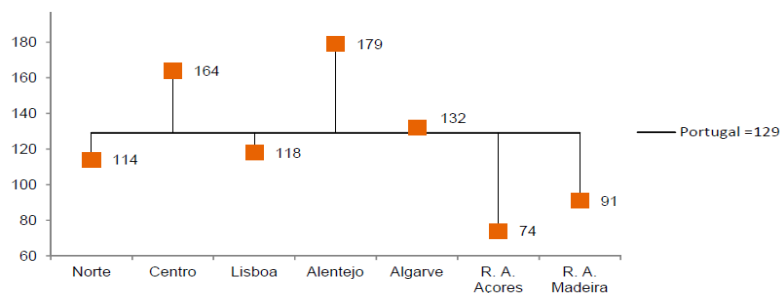
Fonte: INE, 2011

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito socioeconómico, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% de década anterior. Ou seja, em Portugal existem 2022504 pessoas com 65 ou mais anos, sendo 849188 homens e 1173316 mulheres. O índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e o número de jovens, exprimindo-se pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos. Este acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. (INE – Instituto Nacional de Estatística 2011).

Através do gráfico 2 podemos observar que as regiões do país onde o índice de envelhecimento está acima da média são no Alentejo e Centro do país, sendo as regiões autónomas dos Açores e Madeira as que apresentam valores mais baixos.

Gráfico 2: Índice de envelhecimento em 2011



Fonte: INE, 2011

2.1 – ESTRUTURA FAMILIAR

Ao longo dos séculos as famílias têm vindo a enfrentar um processo de profundas transformações. “A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e atualmente existem inúmeras formas de organização familiar” (GOMES e tal.,2002, cit. por ANDRADE e MARTINS, 2011, p. 187).

A família, segundo ANDRADE e MARTINS (2011) citando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2002), é:

Um conjunto de seres humanos considerados como unidade ou todo o coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo (ANDRADE e MARTINS, 2011, p. 187).

O modo como os membros, que constituem a família, interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais ou disfuncionais. Uma família é considerada funcional quando os seus membros estão aptos a responder aos conflitos e situações críticas que possam surgir, com uma certa estabilidade emocional. O problema é solucionado sem desestruturação do equilíbrio da dinâmica funcional da família, não havendo sobrecarga de nenhum dos membros que a constituem. Os seus membros têm a capacidade de harmonizar as suas próprias funções em relação aos outros, de uma forma integrada, funcional e afetiva. Já numa família disfuncional os membros, que a constituem, dão prioridade aos seus interesses particulares em detrimento dos interesses do grupo, não

assumindo os seus papéis dentro do sistema familiar. Os seus vínculos afetivos são superficiais e instáveis, raramente são capazes de resolver situações críticas como grupo, de uma forma adequada, e os seus membros não se conseguem adaptar a novas situações (SANTOS e PAVARINI, 2011).

Entende-se por funcionalidade da família, segundo SZYMANSKY (2004, cit. por PAIVA et al., 2011), o modo como esta é capaz de cumprir e harmonizar as funções essenciais, de forma apropriada à identidade e às tendências das suas famílias e dos seus membros, de forma realista, relativamente aos perigos e oportunidades que prevalecem no meio social.

A família, na perspectiva de NOGUEIRA (2003, cit. por MARTINS e FERNANDES, 2009, p. 88-89) “é o recurso mais acessível à prestação de cuidados tendo de facto, em muitas circunstâncias, de os prestar devido à escassez de serviços organizados”, pelo que “os enfermeiros necessitam de ter presente a importância do envolvimento da família no processo de cuidados”. Logo, com a finalidade de dar continuidade aos cuidados, as equipas de saúde devem, segundo SANTOS (2002), citado pelos mesmos autores, desenvolver junto da pessoa e dos seus familiares planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissão ou de complicações. Deste modo, tanto a pessoa como os seus familiares devem desempenhar um papel predominante ativo, no que concerne ao seu processo de reabilitação.

Para OLIVEIRA et al. (2007), o entendimento acerca dos procedimentos cirúrgicos, da anestesia, da recuperação pós-anestésica, e do conhecimento dos cuidados a serem prestados após a fratura do fémur, por parte da pessoa e dos seus familiares, durante o internamento e após a alta, geram sentimentos de segurança e conforto. Vão ainda mais longe ao afirmar, que a diminuição nos dias de internamento, subjacentes, a esse envolvimento, permite à pessoa e aos seus familiares retomarem as atividades da vida diária, que foram influenciadas pelo internamento hospitalar de longa duração.

Um estudo realizado por CUNHA (2003, cit. por MARTINS e FERNANDES, 2009, p. 89) a autora refere que “A participação do acompanhante nos cuidados não é consensual entre os doentes, pois para uns seria positivo e para outros não”. Os aspetos positivos mencionados foram: o facto de se sentirem mais à-vontade, terem uma ajuda sempre disponível para não ter que incomodar os profissionais; os aspetos negativos foram: a falta de preparação do acompanhante, e o hospital possuir quem seja pago para o efeito.

Tendo em conta que o êxito da intervenção cirúrgica, também depende do envolvimento familiar no processo de reabilitação dos idosos com fratura do fémur, devemos fazer uma avaliação da funcionalidade familiar, uma vez que nos vai permitir “mensurar a

satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família” (ANDRADE e MARTÍNS, 2011, p. 188).

Para avaliar a satisfação do idoso relativamente à sua funcionalidade familiar, utilizamos a Escala de Apgar Familiar.

Em 2011, Andrade e Martins realizaram um estudo, acerca da **“Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos”**. No que diz respeito à funcionalidade familiar da amostra, “na sua maioria, os idosos percecionam que têm uma relação familiar que integra uma família altamente funcional [7 – 10 pontos] (62,4%), seguida dos que creem que tem uma relação familiar com disfunção leve [4 – 6 pontos] (27,1%), e por último 10,5% creem integrar uma família com disfunção severa [0 – 3 pontos] (ANDRADE e MARTÍNS, 2011, p. 192).

A **“Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos”**, foi um estudo realizado por Paiva et al. (2011), que tinha como objetivo avaliar a funcionalidade da família com idosos, utilizando para tal, o instrumento de APGAR FAMILIAR. Os autores concluíram que 81,3% dos idosos entrevistados, moravam acompanhados (desses 11,7% com cônjuges, 41,3% com filhos, 26,6% com netos, 20,4% outros parentes ou amigos e os restantes 18,7% viviam sozinhos. Relativamente à funcionalidade familiar, constaram que uma percentagem elevada de idosos mostra-se satisfeito com os seus familiares (83,7%), percecionando-a como “altamente funcional”, porem aqueles que residem sozinhos percecionam a sua família como sendo “altamente disfuncional” (20%).

3 - (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO APÓS FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FEMUR

A história da avaliação geriátrica começa na década de 30, com a publicação do trabalho pioneiro da geriatra inglesa Marjory Warren. Este abordava o assunto de os idosos, portadores de doenças crônicas, que eram internados ficavam esquecidos pelos profissionais e familiares, permanecendo assim, confinados ao leito, sem qualquer forma de participação em programas de reabilitação. A institucionalização era longa e muitas vezes permanente, o que aumentava o agravamento das incapacidades dos idosos. Tentando solucionar este problema, a pesquisadora, Warren, orientada pelas suas observações, iniciou um tratamento com a mobilização ativa dos doentes, conseguindo retirá-los da cama. Este tratamento alcançou resultados inesperados, uma vez que alguns doentes reuniram condições necessárias, para regressarem a casa. Esta experiência revolucionária cimentou e difundiu o conceito de avaliação geriátrica, que desde então vem evoluindo, em profundidade e amplitude, por todo o mundo da ciência médica (RUBENSTEIN & RUBENSTEIN, 2003).

Segundo PEREIRA (2003) a avaliação geriátrica revela a capacidade funcional dos idosos, especialmente através da análise das AVDs e AIVDs. O mesmo autor divide as atividades essenciais em duas categorias: atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As AVDs estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, comportando atividades como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, deambular, entre outras. Por outro lado as AIVDs englobam tarefas, mais complexas, muitas vezes, relacionadas com a participação social da pessoa, como por exemplo, a capacidade desta para realizar compras, atender o telefone e utilizar os transportes públicos (DUCA, MARCELO e HALLAL, 2009; ALVES et al., 2007).

PEREIRA (2003) esclarece que independência nas AIVDs não implica necessariamente a independência total em AVDs, já que uma pessoa pode ser independente nas AIVDs, sendo portadora de incontinência urinária. Um outro exemplo é a diminuição da coordenação motora fina das mãos e do punho, que está associada a dificuldades nas AVDs, já as AIVDs estão comprometidas, quando existem problemas nos membros inferiores.

A funcionalidade é uma componente importante na saúde das pessoas idosas, se não a mais importante. Na idade avançada, as doenças crônicas e as modificações

orgânicas próprias do envelhecimento, frequentemente pioram a funcionalidade e ameaçam a independência. ANDRÉ (2006) refere que, dependendo da idade, a maioria dos doentes exibirá incapacidades residuais significativas que podem ser temporárias ou permanentes. Quase 50% das pessoas entre os 65 e os 80 anos, e 60% das pessoas com 85 anos ou mais, têm algum grau de limitações nas suas atividades diárias (PEREIRA, 2003).

Inicialmente, a avaliação funcional atua na área em deficiência, mas subsequentemente, demonstra medidas do progresso em relação aos objetivos de reabilitação.

Num artigo elaborado por ALVES, LEITE e MACHADO (2008), os autores referem existir uma enorme dificuldade em definir e medir a incapacidade devido ao carácter multidimensional, dinâmico e complexo de incapacidade acrescentando, que esta definição engloba aspetos como a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem.

Somente a partir de 1970 é que foram estabelecidas diferenciações quanto aos conceitos da patologia, deficiência, limitações e incapacidade, sendo o sociólogo Saad Nagi (1986) o primeiro a fazê-lo. O modelo Nagi (1986, cit. por ALVES, LEITE, e MACHADO, 2008), divide o processo de incapacidade em quatro estágios:

- O primeiro estágio (**a patologia**) é caracterizado pela presença de uma condição que vai interromper o processo físico ou mental do corpo humano.
- O segundo estágio (**a deficiência**) está relacionado com as alterações da estrutura ou das funções anátomo-fisiológicos ou psicológicas.
- O terceiro estágio (**as limitações funcionais**) resulta das deficiências e consiste numa inabilidade pessoal para desempenhar as tarefas e as atividades consideradas usuais para aquela pessoa.
- O quarto estágio (**a incapacidade**) é caracterizado pela inabilidade ou pela limitação para o desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas com o trabalho, com a família e com a vida quotidiana.

Segundo FERNANDO (2011), em 1980 a Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Classificação Internacional das Doenças, propôs, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, sendo esta uma classificação que tem em conta o impacto da doença. Este modelo apresenta a dimensão da deficiência, da incapacidade e da desvantagem.

- A deficiência corresponde a qualquer perda ou anomalia numa estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica.

- A incapacidade é definida como qualquer restrição ou falta de habilidade, que decorre de uma deficiência para desempenhar uma atividade de uma forma e dentro de um intervalo de tempo considerado normal para o ser humano.
- A desvantagem surge como uma consequência da deficiência ou da incapacidade, que é ocasionar uma limitação para o desempenho de um papel social que é normal (dependendo da idade, género e fatores culturais) para a pessoa.

Segundo ALVES, LEITE e MACHADO (2008), Verbrugge e Jette em 1994, desenvolveram um modelo para o processo de incapacidade que associa o modelo de Nagi e da OMS. Os autores referem que a patologia (anormalidades biomecânicas e fisiológicas) influi na deficiência (anormalidades ao nível anátomo-fisiológico ou mental), e vai gerar limitações funcionais (restrições para realizar ações físicas e mentais básicas que fazem parte do quotidiano, com por exemplo andar, subir escadas, ler, outras), que causam a incapacidade, isto é a dificuldade em realizar as AVDs.

No domínio da saúde, a incapacidade funcional, segundo MARTINS (2002, cit. por NUNES, 2008, p.20), “resulta de qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano”. Podendo, estas perturbações, ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas.

Os fatores sociodemográficos como: a idade; o género; coabitação familiar; fatores culturais e psicossociais, têm influência sobre a capacidade funcional da pessoa (GUIMARÃES et al., 2004; ALVES et al, 2007). CORDEIRO (2002, cit. por GUIMARÃES et al. 2004, p. 131) refere que a perda da capacidade funcional está associada à “predição da fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas da mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, gerando cuidados de longa permanência e alto custo”.

Vários instrumentos têm sido utilizados para avaliar a incapacidade funcional, sendo as AVDs e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) as que têm sido reconhecidas por diversos estudos como sendo as principais medidas de incapacidade funcional a ser utilizadas. Estas podem ser avaliadas individualmente ou em associação de uma ou mais escalas. (ROSA, 2003; PARAHYBA, VERAS e MELZER, 2005, cit. por ALVES, LEITE e MACHADO, 2008).

WILKINS, LAW E LETS (2001, cit. por DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007) definiram a avaliação funcional como uma tentativa sistematizada de medir, de uma forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa vai ser capaz de desempenhar determinadas

atividades ou funções em diferentes áreas, servindo-se de habilidades diversas para desempenhar as tarefas da vida quotidiana. De uma forma geral, representa uma maneira de medir se a pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma, de uma forma independente, com ajuda parcial ou até mesmo com ajuda total.

Na opinião de GREVE (2007), a mensuração da incapacidade/capacidade funcional, permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma redução da aquisição de melhorias.

Nesse sentido, a incapacidade funcional tem sido considerada um indicador de avaliação de programas de reabilitação a idosos com fratura da extremidade superior do fémur. Tal indicador é imprescindível para o planeamento, intervenção e avaliação desse tipo de doentes por parte dos profissionais de saúde, entre os quais se incluem os Enfermeiros de Reabilitação.

3.1- FRATURAS DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR

“ A mais mortífera lesão que um membro humano pode sofrer em qualquer idade, é a fratura da extremidade superior do fémur, especialmente a do colo, cuja mortalidade e morbilidade aumenta com a idade e as doenças associadas, sendo a causa mais comum de morte traumática depois dos 75 anos” (SERRA, 2001).

As fraturas trocântéricas e as fraturas do colo do fémur ocorrem, predominantemente, mais na raça branca e na mulher depois da menopausa. Têm os seus picos de incidência na sétima (fratura trocântérica) e oitava década de vida (fratura do colo do fémur) (SERRA, 2001).

Um osso fratura quando sofre força ou tensão superior à que é capaz de suportar (LEWIS E KAUFFMAN, 2001).

Tem-se definido fratura, como sendo uma lesão grave das partes moles com falha óssea subjacente. Esta definição não é usual, por enfatizar mais os tecidos moles que os ossos, mas é particularmente útil para a enfermagem em reabilitação cujo trabalho é trazer o doente à sua plena função num período razoável de tempo (REBELATO, 2011).

A fratura do fémur, nos indivíduos idosos, tem consequências potencialmente negativas para a sua independência, podendo levar à morte (PEREIRA et al.; 2002).

As fraturas da extremidade superior do fémur são as que mais ocorrem nos idosos, alcançando uma percentagem de 90% de todas as fraturas cirúrgicas. Ocorrem em três zonas anatómicas distintas: no colo, na região trocantérica e na zona subtrocantérica. Têm máxima incidência nos idosos e apresentam uma morbilidade que cresce rapidamente a seguir aos 70 anos, quer no número de mortes, quer na invalidez, por impossibilidade de recuperação da vida ativa. O índice de mortalidade e morbilidade são elevados: apenas 50% dos idosos retomam a sua função anterior e, ao fim de 6 meses, 17 % a 30% vêm a falecer. (SERRA, 2001).

Nos Estados Unidos ocorrem mais de 300.000 fraturas do fémur por ano, primordialmente nos doentes idosos. São realizadas cerca de 150.000 artroplastias totais e hemiartroplastias. Segundo estimativas, uma em cada seis mulheres sofrerá de fratura do fémur, enquanto para os homens é de um para doze. As fraturas ocorrem, geralmente, pela coexistência da osteoporose e traumatismos moderados de 15% a 20% (GOLDSTEIN, 1999).

Na Inglaterra, por ano, contam-se aproximadamente 50.000 fraturas da extremidade superior do fémur. Uma percentagem de 25% desses doentes morre dentro de seis meses após fratura; dos que sobrevivem, 2/3 permanecem com o membro inferior edemaciado ou sofrem de dor contínua. Apenas uma minoria mantém o nível da sua pré-fratura (EVANS, 1996).

O autor afirma, que o prognóstico das fraturas é muito diversificado. No seu conjunto, as fraturas da extremidade superior do fémur são responsáveis por mais de 70% de todos os procedimentos cirúrgicos por fraturas em doentes acima dos 60 anos de idade e correspondem à quarta causa de morte mais comum entre idosos. Por volta dos 90 anos, 32% das mulheres e 17% dos homens terão sofrido esse tipo de fratura. Estas são mais comuns em mulheres do que em homens, provavelmente como resultado de vários fatores como as mulheres terem a pelve um pouco mais larga, serem menos ativas, sofrerem precocemente de osteoporose e viverem mais tempo que os homens.

Segundo a Direção Geral de Saúde em Portugal, entre 1993 e 1997, foram internados nos hospitais públicos (excetuando as ilhas dos Açores e Madeira), em média, anualmente, 7000 doentes com idade superior a 50 anos. Em 1989 houve um dispêndio de 15 milhões de euros e, em 1991, 3,5 a 4,1 milhões de euros. O tempo médio de internamento varia entre 6, 18 dias, consoante os serviços hospitalares e a demora cirúrgica entre 24 horas e 4 a 8 dias, verificando-se, ainda uma preocupação em diminuir o tempo de internamento e iniciar a reabilitação dos doentes com fratura da extremidade superior do fémur.

As fraturas da extremidade superior do fémur ocorrem em três zonas anatómicas distintas: no colo do fémur, na região trocântérica e na zona subtrocântéricas.

A) Colo do Fémur

Há numerosas classificações para as fraturas do colo do fémur (subcapitais, transcervicais e basicervicais), que orientam o planeamento da fixação interna e o prognóstico. Estruturalmente, elas são “impactadas”, obedecendo a uma divisão, com ou sem deslocamento. Em relação à etiologia, classificam-se: em patológicas, por traumatismo, por stress e pós-irradiação (SERGIO, 2005).

A classificação das fraturas do colo do fémur do idoso é feita segundo Garden que as classificou em quatro graus, baseadas nos graus de deslocamento. O grau I e II correspondem a fraturas sem desvio. Nos dois graus seguintes há desvio e risco circulatório para a cabeça (SERRA, 2001).

1. No grau I, a fratura é incompleta, estando a cabeça do fémur numa posição um pouco valga em relação ao colo; por vezes é denominada “fratura-impactada”, embora isto não seja real;
2. No grau II, vê-se um traço completo sem desvio;
3. No grau III, há perda parcial do contacto entre os topos;
4. No grau IV, a perda é completa. Esta perda completa de contacto entre os fragmentos permite, sem obstáculo, a migração próximal do fragmento distal que origina a deformidade característica: membro inferior em rotação externa, com encurtamento de alguns centímetros.

Na fratura do colo do fémur no idoso, o traço tem sempre a mesma localização e orientação, pois é o efeito de uma força traumática de baixa energia e ação indireta.

No tratamento, o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoces, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata.

Nas fraturas *subcapitais* pode optar-se por um tratamento conservador (com carga precoce, com o objetivo de promover a impactação e consolidação da fratura), ou a fixação mínima com parafusos canelados.

Nas fraturas *transcervicais* deverá proceder-se à substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastias parciais da anca. Nos doentes com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica bipolar. Nos doentes com uma esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.

Nas fraturas *basicervicais*, desde que seja possível a conservação da cabeça do fémur, deve-se optar-se por sistemas de osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e placa.

B) Trocantérica e Subtrocantérica

As fraturas trocantéricas, também são causadas por trauma, são tipicamente oblíquas, localizadas entre a porção mais alta do grande trocânter, abrangendo uma grande área óssea, quase toda esponjosa.

A classificação de Tronzo em cinco tipos é hoje a mais divulgada. Nos dois primeiros tipos (I e II) o traço de fratura principal é único, permitindo esperar uma redução estável com contacto perfeito entre os dois topos. Nos tipos III e IV existe um segundo traço, que liberta grande parte cortical posterior do fragmento distal; a redução entre o segmento cefálico e o fragmento distal (corpo do fémur) é instável devido à presença desse terceiro fragmento solto. O tipo V é uma fratura rara (o traço da fratura é invertido, provindo da região medial proximal para a lateral distal) (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2010).

Para fins de tratamento, a classificação de Tronzo indica que há dois tipos de fraturas trocantéricas: as fraturas aptas a uma redução anatómica estável (tipo I e II) e aquelas que o não são, as fraturas instáveis (tipos III e IV) (SERRA, 2001).

As fraturas estáveis (tipo I e II) cirurgicamente são reduzidas de modo semelhante às fraturas do colo. Depois procede-se à abertura do foco e à osteossíntese com placa ou à osteossíntese a céu fechado com varetas.

As fraturas instáveis (tipo III, IV e V) são fraturas em que se forma um terceiro fragmento, que corresponde à zona da cortical póstero-interna onde se situa o pequeno trocânter, são instáveis em redução anatómica.

As fraturas subtrocantéricas ocorrem no segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível 5 cm abaixo. Nestas fraturas podem utilizar-se vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafusos dinâmico; encavilhamento

endomedular estático, se a fratura se situar já na zona diafisária; osteossíntese com placas, com ou sem parafuso dinâmico.

3.2- A IMOBILIDADE NOS IDOSOS

As causas mais comuns para a perda da capacidade funcional nos idosos são a imobilidade e a inatividade (sedentarismo). A imobilização acidental causada pelas fraturas da extremidade superior do fêmur é um dos problemas que aflige os idosos, pois ficam imobilizados até que a fase aguda se estabilize. E a imobilização pode tornar-se crônica quando não há tratamento adequado, levando à diminuição da amplitude articular secundária e alterações do tecido conjuntivo.

Segundo VORHIES & RILEY, (1993 cit. in PEREIRA, 2003), são ainda consideradas imobilizações acidentais, as barreiras ambientais onde se incluem escadas, cadeiras inadequadas, grades e camas altas; o isolamento social e a ausência de acompanhantes, que levam à imobilização do idoso.

A imobilidade afeta, profundamente, os idosos, altera o padrão de sono, reduzindo o período do sono profundo, que leva ao cansaço, falta de motivação e até à depressão (GRIFFIN & TRINDER, 1978 cit. in FILHO, 2000), compromete o equilíbrio, após um tempo aproximado de três a quatro semanas em que o idoso se mantenha deitado, neste caso, só existe possibilidade de reversão se forem realizados exercícios musculares, pelo menos, por três a cinco dias fora do leito. A coordenação é reduzida em 10% após três semanas de repouso e o idoso melhora em quatro dias, quando volta as atividades (HAINES, 1974).

Os Censos 2011 revelam que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48% em 2001 para 52% em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década.

NÓBREGA et al (2000) ao estudarem um grupo de pessoas sedentárias, verificaram que, após três semanas de repouso, há um aumento na frequência cardíaca de 21% pela manhã, 33% à noite com aumento da tensão arterial; ou seja, o trabalho do coração aumenta apesar do corpo permanecer em repouso. Essas alterações notam-se dentro dos primeiros sete dias e o doente para recuperar precisa de fazer exercício físico durante seis semanas, utilizando as suas capacidades ao máximo. O volume sanguíneo também diminui e, no velho acamado, esse facto está relacionado com hipotensão postural. O consumo máximo de oxigénio diminui na ordem de 1% ao ano, após os 30 anos de idade, porém, na

pessoa que mantém regularmente a atividade física, essa redução é mais lenta; nessas mesmas condições, a frequência cardíaca e a pressão arterial voltam aos níveis basais em poucos minutos.

HAINES (1974) realizou um estudo sobre **“Efeito do repouso e exercício no equilíbrio corporal”**. Submeteu 11 grupos com 7 homens cada a uma avaliação do equilíbrio corporal que foi aplicada a 7 homens antes e após 14 dias de repouso absoluto. Um grupo de 7 homens não foi submetido a repouso, serviu de controle. Durante o repouso no leito, diariamente, a cada participante eram realizados exercícios isotônicos, isométricos ou nenhum exercício para as pernas. Os resultados mostraram que, para o leito nenhum exercício, exercício isotônico e grupo de exercício isométrico, 2 semanas de repouso produziu decréscimos significativos no equilíbrio corporal em 3, 4 e 5 dos 11 testes, respectivamente. O exercício diário das pernas não impediu os efeitos debilitantes do repouso no equilíbrio corporal. Após o repouso no leito, a habilidade do equilíbrio foi reaprendida rapidamente de modo que na maioria dos testes, o desempenho chegou a níveis de pré-repouso no leito de repouso até ao dia da recuperação dos terceiros. Estes dados sugerem que a insuficiência do equilíbrio não é devido à perda da força muscular nas pernas, mas, a uma mudança descanso acamado, relacionada com as informações neurais codificadas para os centros de controlo postural.

4- REABILITAÇÃO FUNCIONAL

A dependência funcional tem consequências e repercussões para a família, sociedade, sistema de saúde e acima de tudo, para o próprio doente, uma vez que a incapacidade e conseqüente dependência provocam maior vulnerabilidade, contribuindo para a diminuição do bem-estar e realização pessoal (CERVEIRA, 2011).

Segundo a Direção Geral de Saúde de Portugal (2003), reabilitar o doente idoso significa facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, a nível físico, psicológico, familiar e social, em função das suas deficiências fisiológicas e anatómicas e limitações ambientais.

Nesse sentido, a recuperação do doente após fratura da extremidade superior do fémur representa uma importante relevância para a Enfermagem de Reabilitação. A dependência parcial ou total origina nos doentes e cuidadores necessidades de adaptação e ajustamento à nova situação de vida sendo que os enfermeiros devem ser agentes facilitadores deste processo de adaptação ajudando as pessoas a gerir transições muitas vezes complexas e implementando intervenções quer aos cuidadores, quer às pessoas com dependência.

Os Enfermeiros de Reabilitação são elementos cruciais na avaliação, tratamento e reavaliação perspetivando a maximização de resultados tendo em consideração aspetos comuns a todos os doentes e ao mesmo tempo atendendo à singularidade de cada um.

Para MARTINS (2002) cit. por CERVEIRA (2011), a reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, incapacidade e desvantagens, capacitando os indivíduos com défice para melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o doente progride para, ou mantém, o máximo grau de incapacidade que é capaz.

O propósito da reabilitação pós fratura da extremidade superior do fémur é superar as incapacidades provocadas pelo acidente.

O processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital. Termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o doente. Deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar,

recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo ou pré-mórbido de independência funcional (PEREIRA, 2003).

A função ótima atingível para um doente com fratura da extremidade superior do fémur depende de vários fatores, tais como a prevenção de complicações secundárias, a capacidade individual de aprender novas habilidades, o tempo de espera da reabilitação após à fratura e a perseverança em atingir os objetivos a curto e a longo prazo.

Na opinião de DUNCAN (1999 apud. SILVA, 2010), os Enfermeiros de Reabilitação devem executar as suas intervenções de modo a que os doentes readquiram a capacidade para realizar as AVDs, representando o primeiro passo no sentido da independência funcional.

O modo como o doente é ajudado e ensinado a vestir-se, tomar banho, barbear-se ou lavar-se, poderá fazer diferença na aquisição da independência funcional. CANDELAS (2000), também considera que a reabilitação se deve iniciar ao nível das AVDs, motricidade, transferências, equilíbrio, deambulação e relações sociais. Devem constar exercícios que simulem situações do quotidiano nas quais o doente é incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar e tomar decisões. Este processo deve aproveitar e potenciar a capacidade máxima das funções da pessoa, de modo a permitir que esta se adapte à vida de relação com o meio. Estes aspetos devem estar presentes na conduta profissional dos enfermeiros e em particular nos de reabilitação. Não devem descurar assistência terapêutica cinesiológica através do ensino, instrução e treino das atividades mais básicas da vida diária. Não podemos esquecer também, que os programas de reabilitação devem ser holísticos, interdisciplinares e com validade ecológica, recorrendo a metodologias qualitativas e quantitativas.

A persistência tende para o aperfeiçoamento da técnica existindo um forte consenso entre os especialistas que o elemento mais importante em qualquer programa de reabilitação é a prática direta, bem orientada e repetitiva (ESO, 2008).

HOST et al (2007) realizaram um estudo sobre “**Training-Induced Strength and Functional Adaptations After Hip Fracture**”, eles observavam que após os 3 meses de fratura do quadril, à maioria dos idosos era suspensa a reabilitação apesar da fraqueza muscular residual, em geral com as capacidades funcionais diminuídas. Objetivos do estudo foram:

- Determinar se após a cirurgia por fratura do quadril em idosos, um programa de reabilitação de 6 meses proporcionava ganho de força no membro fraturado equivalente ao nível do membro não fraturado;

- Determinar se o princípio de especificidade da reabilitação se aplica à população dos idosos;
- Determinar a relação entre exercícios de reabilitação de resistência e intensidade (PRT) e mudanças nas medidas de força e função física.

Participaram no estudo 31 idosos (9 homens e 22 mulheres, com idade igual ou superior a 79 anos) que foram submetidos a cirurgia pós fratura do quadril à pelo menos 16 semanas antes da inclusão no estudo e que completaram pelo menos 30 sessões de reabilitação. Método: os participantes tiveram exercícios de flexibilidade e resistência acompanhados por 3 meses de PTR. Resultados: depois da PTR, os idosos aumentaram a extensão do joelho e carga sobre a perna numa repetição máxima em 56%-72% e 30%-37%, respetivamente. Após 3 e 6 meses de reabilitação suave, o pico da resistência aumentou. No início da especificidade da reabilitação parecia que só se aplicava ao membro não fraturado após PRT. Fortes correlações foram observadas entre a reabilitação intensiva e os ganhos da força das extremidades inferiores, bem como melhorias nas medidas da função física.

Conclusão: os idosos após fratura do quadril beneficiam, com a reabilitação, trabalhando em alta intensidade, a fim de otimizar os ganhos.

STENVALL et al (2007) realizaram uma investigação sobre **“Improved Performance in Activities of Daily Living and Mobility after a Multidisciplinary Postoperative Rehabilitation in Older People with Femoral Neck Fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up”**. Objetivo: investigar os efeitos de curto e longo prazo de um programa de reabilitação pós-operatória multidisciplinar em doentes com fratura do colo do fémur. Temas: um estudo controlado randomizado em doentes (n=199) com fratura do colo do fémur, com idade igual ou superior a 70 anos. Método: as intervenções foram nas condições de vida, na capacidade em andar e as atividades da vida diária em desempenho descarga, 4 e 12 meses pós-operatório. A intervenção consistia na educação pessoal, planeamento da assistência individualizada, reabilitação, prevenção ativa, deteção e tratamento de complicações pós-operatórias. Foram organizados 2 grupos de idosos, um grupo de controlo que seguiu as rotinas convencionais pós cirurgia e um grupo a quem foi aplicado o protocolo. Resultados: apesar do tempo de internamento ter sido menor no grupo a que se aplicou o protocolo, tinham recuperado a independência no desempenho das atividades da vida diária aos 4 e 12 meses de acompanhamento: com um intervalo de confiança 95%, recuperaram também a capacidade de caminhar dentro de casa. Conclusão: a intervenção multidisciplinar no programa pós-operatório reforça o desempenho das

atividades da vida diária e mobilidade após fratura do quadril, tanto a curto como a longo prazo.

2ª PARTE – TRABALHO EMPIRICO

5 – METODOLOGIA

A metodologia não procura soluções mas escolhe a forma de as encontrar, integrando os conhecimentos atuais a respeito dos métodos em vigor nas diferentes disciplinas científicas e metodológicas (SAPETA, 2000).

Assim, considerando que o modo de organização de um trabalho depende dos objetivos que se pretendem atingir, podendo influenciar os resultados obtidos, neste capítulo, iremos explicar alguns componentes integrados no processo de investigação: os objetivos, as questões de investigação, o desenho de investigação, a população e a amostra, as variáveis em estudo, os métodos de colheita de dados e os procedimentos estatísticos utilizados.

5.1- DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A limitação funcional altera os desempenhos das atividades básicas da vida diária, cabendo à Reabilitação, promover a melhor independência funcional possível minimizando as incapacidades. Este é um conceito sobre o qual se têm centrado muitas atenções, não só pela influência e consequências negativas que podem ter na qualidade de vida, mas também porque constitui um grande problema de saúde pública. Os fatores que estão na base desta atenção são as altas taxas de incidência de fraturas da extremidade superior do fémur na população idosa portuguesa, com consequente incapacidade e dependência, em que metade dos doentes fica com limitações nas suas atividades da vida diária (CERVEIRA, 2011).

A concretização deste estudo advém da pertinência da temática na atualidade (Século XXI, Século do envelhecimento) e tem como principal motivação ajudar a conhecer as variáveis que têm maior impacto na independência funcional dos doentes (MOURA, 2006). Pensamos com isso, dar um contributo enriquecedor ao estudo desta temática.

Perante o exposto e dado que as **questões de investigação** são premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, definimos que as questões que constituíram a génese deste estudo foram:

- Em que medida as variáveis sociodemográficas, a funcionalidade familiar e as clínicas influenciam a incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur?
- Será que há relação entre os programas de reabilitação e a incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur?

5.2- OBJETIVOS

O ser humano não envelhece de uma só vez, mas antes de uma forma gradual. A velhice parece instalar-se sem que se dê por isso (MARTINS, T, 2007).

Face às alterações e incapacidades que se podem instalar no idoso após fratura da extremidade superior do fémur, optámos por um estudo sobre a incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur, que visa atingir os seguintes objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo;
- Identificar a perceção dos idosos sobre a sua funcionalidade familiar;
- Identificar a incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur;
- Analisar a existência de diferenças significativas entre variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionalidade familiar e incapacidade funcional.

Pretende-se assim, que os resultados obtidos neste estudo contribuam para o desenvolvimento do conhecimento sobre variáveis com influência na incapacidade funcional que conseqüentemente traduzam uma melhoria da qualidade dos cuidados de reabilitação prestados aos doentes.

5.3- DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis, segundo Fortin (2009, p. 53, p. 171), “formam a substância das questões de investigação e das hipóteses”, sendo “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”, podendo ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Existem diversas tipologias de variáveis, mas neste estudo, apenas iremos contextualizar a variável dependente e as variáveis independentes.

VARIÁVEL DEPENDENTE

Incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fêmur.

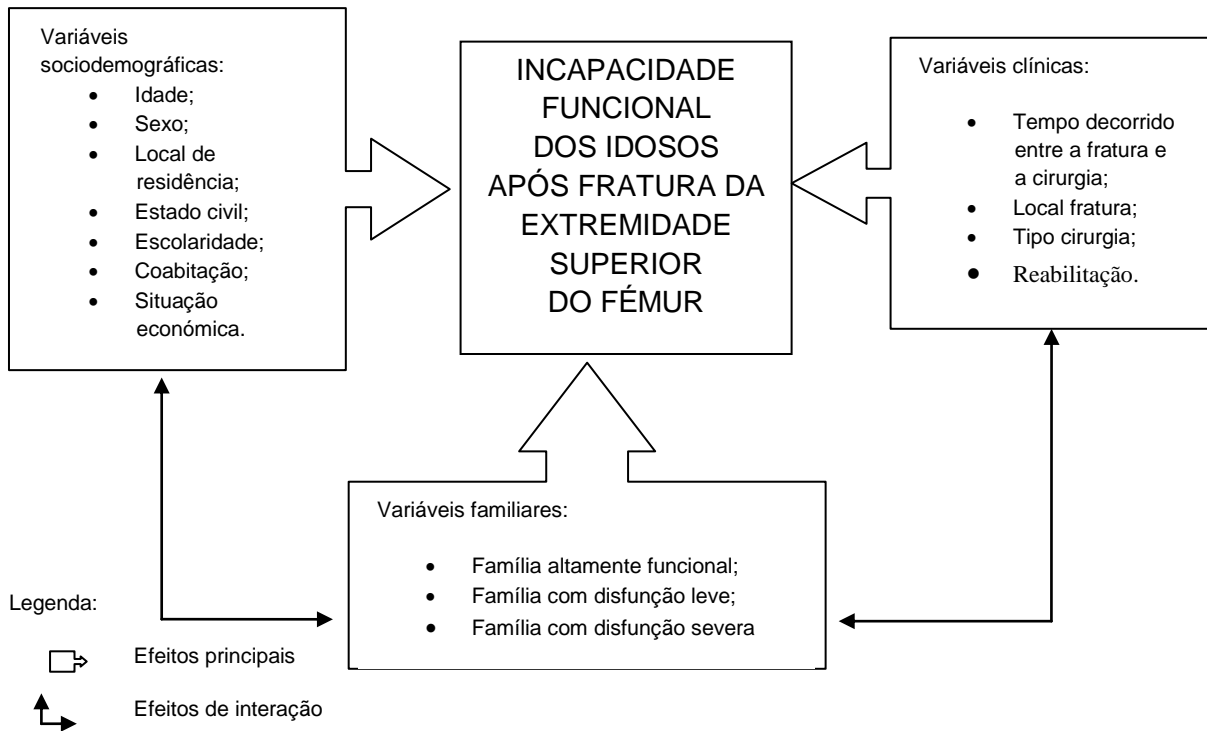
VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes utilizadas neste trabalho estão agrupadas em:

- **Sócio – demográficas:** idade, sexo, residência, estado civil, escolaridade, coabitação e situação económica;
- **Clínicas:** tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia, local da fratura, tipo de cirurgia e reabilitação;
- **Funcionalidade Familiar:** adaptação intrafamiliar, participação/comunicação, desenvolvimento, afeto, e resolução ou decisão.

Em síntese, a articulação das variáveis estudadas permite consubstanciar uma visão multidimensional do estudo, da qual emerge o modelo conceptual apresentado de forma esquematizada na Figura 1.

Figura 1 - Modelo conceptual representativo da articulação das variáveis estudadas



5.4- OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A operacionalização das variáveis é uma descrição das atividades ou operações a que o investigador recorre para esclarecer ou codificar um determinado fenómeno. É sobre estes processos que nos iremos debruçar e de seguida, no âmbito das principais variáveis em estudo (CERVEIRA, 2011).

5.4.1- Variável dependente

➤ Incapacidade Funcional

Para mensurar a variável dependente irá ser usado uma medida de incapacidade funcional - Escala de Barthel Modificada.

Escala de Barthel Modificada

Para a avaliação da funcionalidade da pessoa, nas AVDs, têm sido utilizadas, ao longo dos anos, várias escalas tais como o Katz Index, o Kenny Self-Care Evaluation, o Functional Status Index, o Functional Independence Measurement, entre outros. Contudo, a

escala mais utilizada é a Barthel Index, que foi elaborada em 1965 por Barthel e Mahoney, e que tem como finalidade avaliar, as AVDs ao nível da mobilidade e do autocuidado (LIMA, 1995). Esta escala pode ser utilizada em várias situações patológicas, podendo ser aplicada pelos diferentes profissionais de saúde, que constituem a equipa multidisciplinar. O que, na perspetiva de Wilkin (1993, cit. por LIMA, 1995), é uma vantagem, uma vez que promove uma linguagem comum entre os vários profissionais de saúde.

Outras vantagens, tal como nos refere Paixão e Reichenheim (2005, cit. por ARAÚJO, 2007), é ser de fácil aplicação e interpretação, ter um baixo custo de aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e poder ser repetido periodicamente, o que permite monitorização longitudinal.

A escala de Barthel Index Original é constituída por 10 itens, sendo cada um classificado em três categorias: dependente, efetua tarefas com ajuda, independente. A contagem global de cada item pode variar entre 0 e 100, em que um total de 100 implica uma independência para as dez atividades e uma contagem 0 implica dependência total. Esta escala foi modificada em 1979 por Carl Granger, que aumentou o número de itens para 15, passando a ser designada por Barthel Index Modificada. Os primeiros nove itens, da EBM, dizem respeito ao nível da autonomia pessoal, englobando as seguintes atividades: beber por uma chávena; comer; vestir a parte superior do corpo; vestir a parte inferior do corpo; colocar cinto ou suspensórios; toalete pessoal; lavar-se ou tomar banho, controlo da urina e controlo dos intestinos, tendo uma pontuação total possível de 53 pontos. Os restantes seis itens dizem respeito ao nível de mobilidade, contemplando as seguintes atividades: sentar-se e levantar-se da cadeira; sentar-se e levantar-se da sanita; entrar e sair da banheira ou duche; andar 50 metros em piso plano; subir e descer escadas e impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas, podendo atingir um total de 47 pontos. A contagem da totalidade dos diferentes itens, varia de 0 a 100, baseando-se nos mesmos princípios que a original. Cada um dos 15 itens é classificado em três categorias: “pode por si próprio”; “pode com ajuda”; e “não pode”.

Da interpretação sugerida por Shah et al. (1989, cit. por MARTINS e FERNANDES, 2009), acerca da EBM, de acordo com a totalidade da pontuação a pessoa pode apresentar:

Quadro I – Classificação Escala de Barthel Modificado

Pontuação Total	Classificação
0 - 20	Dependência muito elevada ou total
21 - 60	Dependência elevada
61 – 90	Dependência moderada
91 – 99	Dependência reduzida
100	Independência

Fonte: Martins e Fernandes (2009)

Segundo, Dillen e Roach (1989 cit. por LIMA, 1995), as alterações efetuadas nesta escala melhoraram a precisão e a fidedignidade das Barthel Index Original.

Tanto a versão original como a modificada têm sido alvo de alterações pelos seus diversos utilizadores, que se distinguem umas das outras por aumentarem ou diminuírem as atividades ou, ainda, por alterarem o sistema de pontuação.

Em Portugal, em 1995, a fisioterapeuta Lima (1995) por considerar que a escala modificada por Granger, entre as diversas escalas adaptadas da Barthel Index Original por “parecer ter vantagens em relação a esta, nomeadamente ao nível do aumento da fidedignidade” (p.5), testou-a e validou-a à realidade portuguesa. A amostra do estudo realizado por esta autora abarcou as áreas de geriatria, neurologia e ortopedia, motivo pelo qual a nossa escolha recaiu sobre a EBM.

A aplicação desta escala, em contexto clínico, dá-nos informação relevante, não só acerca da pontuação total, mas também, acerca das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo conhecer as incapacidades da pessoa para cada atividade, e deste modo adequar os cuidados às suas necessidades (ARAÚJO et al., 2007).

5.4.2- Variáveis independentes

- ❖ Sócio-demográficas

- **Idade**

Idade é o “número de anos que uma pessoa ou um animal conta desde o seu nascimento até à época de que se fala” DICIONÁRIO LINGUA PORTUGUESA PORTO EDITORA (2003).

De forma a operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta, à qual o inquirido responde com um número inteiro, tendo por referência o seu ano de nascimento.

- **Sexo**

É o “conjunto de características físicas, psicológicas e outras próprias do masculino ou feminino” DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001). Esta variável apenas pode assumir duas dimensões, tendo sido operacionalizada da seguinte forma: Sexo Masculino e Sexo Feminino.

- **Local de Residência**

Para Costa et al (1999, cit. por CERVEIRA, 2011), esta variável é considerada como o local habitual de morada que se pode situar no meio rural ou urbano. Considera-se para este efeito, rural como pertencente a aldeias e vilas e urbano corresponde a cidades e sedes de Concelho. Para mensurar esta variável, elaboramos uma questão fechada com as seguintes opções: meio rural; meio urbano.

- **Estado Civil**

Segundo Costa et al (1999), o estado civil pode considerar-se como a situação em que a pessoa se encontra, no que diz respeito à relação que estabelece com outros indivíduos e de acordo com a lei em vigor na sociedade em que se insere.

Esta variável foi no nosso estudo categorizada, através de uma questão fechada com os seguintes indicadores de avaliação: Solteiro(a); Casado(a); Divorciado(a); Viúvo(a); União de facto.

- **Habilitações Literárias**

A escolaridade é importante para o ajustamento psicológico na medida em que faculta oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos flexíveis enfrentando as

incapacidades decorrentes da fratura (RABELO e NÉRI, 2006). No que concerne à escolaridade, os sujeitos da nossa amostra poderão ser mensurados tendo por referência o sistema educativo português sendo categorizados da seguinte forma: não sabe ler e escrever; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; secundário e superior.

- **Coabitação**

O número de idosos tem aumentado cada vez mais tornando-se necessário a definição de estratégias de ação num contexto de apoio global aos idosos, já que as famílias têm mais dificuldades de garantir o seu suporte, especialmente se não coabitam com o idoso. Apesar desta condição, tenta-se fazer com que as pessoas idosas consigam permanecer nas suas habitações e com as suas famílias, o máximo de tempo possível e, com o máximo de autonomia. Contudo, existe uma necessidade crescente de acompanhamento e de cuidados destes idosos, para que se garanta a qualidade de vida dos que vivem sós (SALGUEIRO e LOPES, 2010).

A coabitação teve, como referência para a sua avaliação, uma questão mista com as seguintes opções: sozinho(a) ou acompanhado(a); e se acompanhado(a) com quem, para ser discriminado com quem habita.

- **Situação económica**

A reforma foi concebida para assegurar os indivíduos de uma renda permanente até à morte. Muitos idosos, economicamente, possuem pensões muito baixas e têm grandes despesas com a saúde, ficando muito vulneráveis à precariedade económica (MARTINS e SANTOS, 2008). Podemos falar também na falta de equipamentos de apoio e nos problemas relacionados com a ausência médica, como a falta de medicamentos.

Para mensurar esta variável foi feita uma pergunta fechada com os seguintes parâmetros: 200€/400€; 450€/1000€; 1050€/1500€ e mais 1550€.

❖ Variáveis Clínicas

- **Tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia**

A intervenção cirúrgica deve ser efetuada o mais precocemente possível, após a estabilização da patologia médica comórbida, particularmente a de carácter cardiopulmonar

e de equilíbrio hidro-eletrolítico. A demora cirúrgica leva a um aumento do tempo de internamento e pode causar complicações, incluindo escaras, pneumonia e confusão mental.

Os resultados de vários estudos sugerem que a cirurgia deve ser efetuada nas primeiras 24 a 48 horas de internamento e só deverá ser protelada se o doente necessitar de compensar patologia associada (PEREIRA, 2003).

De forma a operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta, à qual o inquirido responde com um número inteiro.

- **Local da fratura**

As fraturas da extremidade superior do fémur ocorrem em três zonas anatómicas distintas: no colo, na região trocantérica e na zona subtrocantérica.

As fraturas trocantéricas e as fraturas do colo do fémur ocorrem, predominantemente, na mulher depois da menopausa e têm os seus picos de incidência na sétima (fratura trocantérica) e oitava década de vida (fratura do colo do fémur). São ocasionadas por baixas energias, geralmente por quedas fortuitas ao caminhar. As fraturas subtrocantéricas são relativamente raras, não têm relação com a idade e são, geralmente, ocasionadas por energias elevadas.

Para avaliação desta pergunta foram realizadas as seguintes perguntas fechadas: colo do fémur; trocantérica e subtrocantérica.

- **Tipo de cirurgia**

Segundo Direção Geral de Saúde (2003) o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e carga precoces, com a utilização de técnicas pouco agressivas, mas com implantes que possibilitam uma estabilização mecânica imediata.

Nas fraturas do colo do fémur deverá proceder-se à substituição da cabeça do fémur, com artroplastias totais ou parciais da anca. Nos doentes com idade avançada devem-se efetuar artroplastias parciais da anca. Nos doentes com esperança de vida alargada, e com um bom potencial funcional, deve optar-se pela artroplastia total da anca.

Nas fraturas trocantéricas, consideramos dois grupos: estáveis e instáveis. Nas fraturas estáveis deve efetuar-se osteossíntese com parafuso dinâmico de deslizamento e

placa; nas instáveis a osteossíntese deve ser realizada com encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico.

Nas fraturas subtrocantéricas podem utilizar-se vários métodos de osteossíntese: encavilhamento endomedular com parafuso dinâmico; encavilhamento endomedular estático, se a fratura se situar já na zona diafisária; osteossíntese com placa, com ou sem parafuso dinâmico. Para avaliação desta pergunta foram realizadas as seguintes perguntas fechadas: fixação da fratura com parafusos, fixação da fratura com placa e parafusos (DHS), fixação com haste medular e parafusos (encavilhamento), artroplastia total do quadril e artroplastia parcial do quadril.

- **Reabilitação**

É do consenso geral que o programa de reabilitação deve ser implementado o mais precocemente possível. No entender de Duncan (2005), a reabilitação além de precoce deve ser intensiva, para que se obtenham benefícios funcionais e logo que a situação clínica do doente estabilize devem desenvolver-se esforços que visem a sua recuperação funcional. Esta deve iniciar-se assim que o doente se apresente estável do ponto de vista médico e tem como objetivos:

1. Minimizar as anomalias do tonus;
2. Manter a amplitude dos movimentos;
3. Melhorar a função respiratória e circulatória,
4. Treinar as pessoas nas atividades funcionais como a mobilidade na cama, sentar, pôr de pé e transferências.

Tendo em consideração a opinião de Cunha (2006), a reabilitação para ser bem-sucedida inicia-se no pós-operatório imediato (48 horas do pós-operatório), com incentivo à motivação e à recuperação da confiança, dando atenção particular ao alívio da dor. Com base na opinião do autor foi elaborada uma pergunta mista com as seguintes respostas: Sim; Não e Se Sim quantas sessões?

- ❖ **Funcionalidade Familiar**

“Os cônjuges prestam mais horas de assistência, e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais.” (BARBOSA, 2008)

Para mensurar a variável funcionalidade familiar irá ser usada a Escala de Apgar Familiar.

Escala de Apgar Familiar

A Escala de Apgar Familiar foi criada por Smilktein em 1978 e adaptada à população portuguesa por Azeredo em 1998. Este instrumento mensura a satisfação de um membro da família, no que respeita à assistência que lhe é prestada pelos demais membros da família (Andrade e Martins, 2011).

De acordo com Pavarini et al. (2006) e Andrade e Martins (2011) a presente escala caracteriza aspetos básicos da unidade e funcionalidade familiar de qualquer família:

- **Adaptação** (Adaptability) **intrafamiliar** - refere-se à utilização de recursos familiares, com vista à resolução de problemas quando o equilíbrio familiar é posto em causa;
- **Participação/Comunicação** (Partnership) – reciprocidade nas comunicações familiares e na tomada de decisões e consequentes responsabilidades;
- **Desenvolvimento** (Growth) – independência, disponibilidade da família para mutações de papéis e para alcançar a maturidade e/ou desenvolvimento psíquico, físico e emocional, sempre marcado pelo apoio familiar,
- **Afeto** (Affection) – presença de ligações de assistência ou carinho entre os diversos membros familiares;
- **Resolução ou Decisão** (Resolve) – disponibilidade para outros elementos da família, estimulando-os física e emocionalmente. Tal implica a partilha de bens e espaço; (ANDRADE e MARTINS, 2011, p.190).

A Apgar Familiar é composta por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo possui sobre o funcionamento da sua família. Cada questão tem três alternativas de resposta, que equivalem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O tipo de relação familiar é caracterizada de acordo com a pontuação total obtida, sendo que esta se obtém pelo somatório das pontuações atribuídas a cada uma das questões, e oscila entre os valores 0 e 10 pontos (Andrade e Martins, 2011).

Quadro II - Classificação da Apgar Familiar

Pontuação Total	Classificação
7 – 10	Família altamente funcional
4 – 6	Família com disfunção leve
0 – 3	Família com disfunção severa

Fonte: Azevedo e Martins (2011)

As mesmas autoras (Andrade e Martins, 2011) referem que a legitimidade e credulidade deste instrumento têm sido analisadas, e que esta apenas mede a satisfação que a pessoa admite e verbaliza.

5.5 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O processo de construção do estudo é fundamental para o sucesso da investigação e para melhor compreensão e interpretação dos resultados. Assim, neste capítulo faremos uma caracterização da presente investigação.

De acordo com o exposto, conceptualizamos um estudo de cariz quantitativo, transversal, analítico e comparativo, envolvendo a consulta dos processos da população em estudo e recolha de dados junto da população, 6 meses após fratura da extremidade superior do fémur.

O tipo de estudo é transversal, uma vez que as variáveis em questão são estudadas num determinado momento fazendo um corte no tempo. O estudo do corte ou de incidência, pretende observar, num período, fenómenos que influenciam um grupo de pessoas com um determinado aspeto em comum (FORTIN, 2009).

Será orientado segundo uma lógica analítico e comparativo, tendo como objetivo explorar relações entre variáveis e sua descrição (FORTIN, 2009). Assim sendo, este estudo pretende descrever a incapacidade funcional dos idosos após fratura da extremidade superior do fémur e comparar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionalidade familiar sobre a mesma.

5.6 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população em estudo é constituída pelos doentes com fratura da extremidade superior do fémur, que estiveram internados nos serviços da ortopedia A, B e C do Hospital de São Teotónio de Viseu.

Neste estudo selecionámos uma amostra populacional não probabilística por conveniência, constituída por 60 indivíduos com fratura da extremidade superior do fémur. Apesar da existência de algumas limitações afetas a este tipo da amostragem, optámos pela sua seleção em virtude da limitação do tempo para a realização do presente trabalho.

No que concerne à elegibilidade dos sujeitos para o estudo consideramos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; doentes com o diagnóstico de fratura da extremidade superior do fémur há 6 meses, aceitação para a participação no estudo, doentes não institucionalizados e doentes que não estivessem acamados antes da fratura.

5.7 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo que se pretende realizar, bem como os objetivos a atingir, foi necessário proceder-se à elaboração do instrumento de recolha de dados, que melhor se coadunasse com o tipo da amostra que se queria estudar.

Em Novembro foi formalizado o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, sendo autorizado em 16 de Dezembro de 2011 (Apêndice I). Assim sendo, procedemos á aplicação do questionário (entre 16 de Dezembro de 2011 e 15 de Janeiro de 2012), à amostra atrás descrita (ANEXO I). Este instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário é constituído por questões que têm por finalidade caracterização da amostra e ainda por uma escala para avaliação da funcionalidade familiar (Escala de Apgar Familiar) e escala para avaliação da incapacidade funcional (Escala de Barthel Modificada).

5.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos que avaliam a capacidade funcional são aqueles que medem itens de assistência do individuo em aspeto quantitativo, fornecendo informações sobre a

qualidade ou a melhoria da função do indivíduo. No caso dos indivíduos com fratura do fémur, devem ser incluídos instrumentos que sejam capazes de verificar o desempenho na realização das AVDs.

O instrumento de recolha de dados foi subdividido em quatro seções (ANEXO I):

- Seção A: caracterização sócio-demográfica incluindo as variáveis: idade, sexo, residência, escolaridade, coabitação e situação económica.

Seção B: caracterização clínica incluindo as variáveis: tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia, local da fratura, tipo de cirurgia e reabilitação.

Seção C: corresponde à Escala de Apgar Familiar para a avaliação da funcionalidade familiar.

Seção D: corresponde ao Índice de Barthel Modificado para a avaliação da incapacidade funcional.

Existem vários métodos de medida para avaliar objetivamente os níveis de independência nas AVDs, no entanto, seleccionamos a Escala de Barthel Modificada por ser utilizada para avaliar a função física que se centra no autocuidado e mobilidade básica. É um instrumento de medida útil no contexto de avaliação em reabilitação (SANTOS, et al., 2006, p. 138).

6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para o tratamento estatístico dos dados vamos recorrer a procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Tendo conhecimento de que esta se centra no estudo de características peculiares e não semelhantes das unidades observadas, utiliza-se para descrever os dados através de indicadores estatísticos. Neste sentido, utilizamos os seguintes indicadores:

- ❖ Os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e relativas.
- ❖ Os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a: medidas de tendência central (Média) e medidas de dispersão (Desvio padrão e Coeficiente de Variação).

ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Para processar a prova dos objetivos, recorreu-se à estatística inferencial. Contudo, antes de efetuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, onde se verifica a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo. Por isso, apesar de sabermos que os testes paramétricos constituem uma maior força e rigor estatístico, nesta investigação recorreremos a testes não paramétricos dado que nem sempre os pressupostos dos paramétricos são cumpridos.

- Teste de Mann-Whitney;
- Teste de Kruskal-Wallis;
- Teste de Monte Carlo.

Para todos os testes estatísticos foi considerado como valor de significância estatística $p < 0,05$.

Os dados obtidos nesta investigação, foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 16.0.

Apresentação dos resultados é feita recorrendo-se ao uso de tabelas, onde serão salientados os mais relevantes, remetendo-se os restantes para os respetivos Apêndices. (Análise descritiva Apêndice II e Análise inferencial Apêndice III).

6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Variáveis Sociodemográficas

Pela análise da tabela 1 podemos constatar que a idade dos inquiridos é maioritariamente representada pelo sexo feminino com 65%, sendo o sexo masculino de 35%; com uma média etária de 78,5 anos, sendo os homens mais representativos que as mulheres nos escalões etários mais baixos (até aos 75 anos) idade (52,4% vs. 25,6%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários.

Sexo	Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
65-75 anos	11	52,4	10	25,6	21	35,0
76-85 anos	7	33,3	21	53,8	28	46,7
>=86 anos	3	14,3	8	20,5	11	18,3

Na tabela 2, relativamente à localização do domicílio temos 60% de residentes em zona rural e 40% em zona urbana. Analisando as estatísticas relativas ao local de residência em função do sexo, constatamos que os indivíduos do sexo masculino no meio rural são os que têm mais representatividade (66,7% e 56,4%). No meio urbano há predominância do sexo feminino com 43,6% em relação a 33,3% do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, verificamos que a maioria (56,7%) dos doentes da nossa amostra é casada e (38,3%) são viúvos, sendo os homens em maioria casados (85,7%) e as mulheres viúvas (53,8%).

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos doentes da amostra tem o 1º ciclo do ensino básico (65,0%), sendo a percentagem maior no sexo feminino (69,2%). Salientamos ainda que (16,7%) dos sujeitos não sabem ler nem escrever.

Em relação ao agregado familiar destacam-se os doentes que vivem acompanhados (91,7%) e apenas uma minoria vive sozinho (8,3%). Dos que vivem acompanhados a maioria são homens e vivem com o cônjuge (80%), sendo esta percentagem muito menor nas mulheres (37,1).

Na nossa amostra a maioria dos indivíduos não tem apoio do centro de dia (75%), apenas uma minoria recebe esse apoio (25%); sendo mais as mulheres (28,2%) a receber apoio institucional do que os homens (19%).

Quanto à situação económica, verificamos que a maioria dos indivíduos tem rendimentos inferiores ou iguais a 400€ (56,7%) e 31,7% possuem rendimento compreendido entre 450€ e 1000€. Verificamos que a percentagem de mulheres com rendimento inferior a 400€ é maior que a dos homens (64,1% e 42,9%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Local de Residência								
Zona Rural	14	66,7	22	56,4	36	60,0		
Zona Urbana	7	33,3	17	43,6	24	40,0		
Estado Civil								
Solteiro(a)	0	0,0	2	5,1	2	3,3		
Casado(a)	18	85,7	16	41,0	34	56,7		
Divorciado(a)	1	4,8	0	0,0	1	1,7		
Viúvo(a)	2	9,5	21	53,8	23	38,3		
Habilitações literárias								
Não sabe ler nem escrever	1	4,8	9	23,1	10	16,7		
1º Ciclo E. Básico (4.º ano)	12	57,1	27	69,2	39	65,0		
3º Ciclo E. Básico (9.º ano)	7	33,3	3	7,7	10	16,7		
Ensino Secundário (12.º ano)	1	4,8	0	0,0	1	1,7		
Com quem vive								
Sozinho (a)	1	4,8	4	10,3	5	8,3		
Acompanhado (a)	20	95,2	35	89,7	55	91,7		
Acompanhado. Quem:								
Empregada	0	0,0	2	5,7	2	3,6		
Esposa(o)	16	80,0	13	37,1	29	52,7		
Esposa/filhas	2	10,0	0	0,0	2	3,6		
Filhos	1	5,0	16	45,7	17	30,9		
Irmã	0	0,0	2	5,7	2	3,6		
Nora	0	0,0	1	2,9	1	1,8		
Sobrinha	1	0,0	1	2,9	2	3,6		
Apoio								
Sim	4	19,0	11	28,2	15	25,0		
Não	17	81,0	28	71,8	45	75,0		
Situação económica								
200 € / 400 €	9	42,9	25	64,1	34	56,7		
450 € / 1000 €	9	42,9	10	25,6	19	31,7		
1050 € / 1500 €	1	4,8	3	7,7	4	6,7		
Mais 1500 €	2	9,5	1	2,6	3	5,0		

Analisando a tabela 3 podemos observar que o apoio institucional varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 2 dias/mês, com uma média de 1,75 dias, associado a um desvio padrão de 0,4, com um coeficiente de variação de 22,9%, o que indica uma dispersão alta em relação à média. A média de dias de apoio é maior nos homens que nas mulheres (1,81 e 1,72 dias), sendo que a dispersão da distribuição no sexo feminino é mais elevada que a do sexo masculino, embora tenham ambas coeficientes de variação moderados em relação à média.

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao n.º de dias de apoio institucional por sexo.

N.º de dias	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	CV
Masculino	3	1	2	1,81	0,4	22
Feminino	10	1	2	1,72	0,46	26,7
TOTAL	13	1	2	1,75	0,4	22,9

Nota: \bar{X} (média); DP (Desvio-padrão); CV (coeficiente de variação)

Variáveis Clínicas

Quanto à distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas em função do sexo (tabela 4), verificamos que metade dos indivíduos foi operada ao colo do fémur, 35% à área trocantérica e 15% à área subtrocantérica. A proporção de homens e mulheres em função das áreas operadas é sensivelmente à mesma.

Quanto ao tipo de cirurgia, verifica-se que 41,7% dos indivíduos foram intervencionados para fixação da fratura com placas e parafusos, sendo maior a percentagem de mulheres do que homens a recorrer a esta cirurgia (43,6% e 38,1%). Em que 25% foram intervencionados para artroplastia total da anca e 21,7% para artroplastia parcial da anca.

Verificamos ainda que a maioria da amostra (71,7%) fez reabilitação, sendo a percentagem de homens a efetuar reabilitação superior à das mulheres (81% e 66%). 28,3% da amostra não efetuou reabilitação.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo as variáveis clínicas em função do sexo

Sexo / Variáveis	Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Local da Cirurgia						
Colo do fêmur	10	47,6	20	51,3	30	50,0
Trocantérica	8	38,1	13	33,3	21	35,0
Subtrocantérica	3	14,3	6	15,4	9	15,0
Tipo de Cirurgia						
Fixação da fratura com parafusos	1	4,8	0	0,0	1	1,7
Fixação da fratura com placa e parafusos	8	38,1	17	43,6	25	41,7
Fixação com haste intramedular e parafusos	3	14,3	3	7,7	6	10,0
Artroplastia total da anca	8	38,1	7	17,9	15	25,0
Artroplastia parcial da anca	1	4,8	12	30,8	13	21,7
Reabilitação						
Sim	17	81,0	26	66,7	43	71,7
Não	4	19,0	13	33,3	17	28,3

Ao observar a tabela 5 verificamos que o n^o médio de sessões de reabilitação é mais elevado na amostra masculina (15,5±6,7) do que na amostra feminina (13,5±8,1).

Tabela 5 – Estatísticas relativas ao n.º de sessões de reabilitação por sexo.

N.º de sessões	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
Masculino	19	0	30	15,5	6,7
Feminino	32	0	30	13,5	8,1
TOTAL	51	0	30	14,5	7,6

Nota: \bar{X} (média); DP (Desvio-padrão);

Funcionalidade Familiar

No que diz respeito à funcionalidade familiar, podemos verificar (tabela 6) que da nossa amostra 70% dos idosos avaliam o estado funcional da sua família como altamente funcional. Sendo 76,2% do sexo masculino e 66,7% do sexo feminino.

Tabela 6 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar dos idosos segundo o sexo.

Sexo / Funcionalidade familiar	Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Família com disfunção severa	4	19,0	3	7,7	7	11,7
Família com disfunção leve	1	4,8	10	25,6	11	18,3
Família altamente funcional	16	76,2	26	66,7	42	70,0

Incapacidade funcional

A tabela 7 expressa que 40% dos indivíduos da amostra são independentes na capacidade funcional, 33,3% têm uma dependência elevada, 16,7% uma dependência moderada e apenas uma minoria apresenta um nível de dependência reduzida (5%) e muito elevada (5%). Podemos ainda verificar que existem mais homens com independência funcional do que mulheres (57,1% vs. 30,8%).

Tabela 7 – Estatísticas relativas à incapacidade funcional dos idosos segundo o sexo.

Incapacidade funcional	Sexo		Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%		
Dependência muito elevada	1	4,8	2	5,1	3	5,0		
Dependência elevada	5	23,8	15	38,5	20	33,3		
Dependência moderada	3	14,3	7	17,9	10	16,7		
Dependência reduzida	0	0,0	3	7,7	3	5,0		
Independência	12	57,1	12	30,8	24	40,0		

6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Depois de efetuada a análise descritiva dos dados apurados, segue-se a análise inferencial, feita com base na estatística analítica. Neste sentido, através do estabelecimento de associações entre variáveis independentes e a variável dependente em estudo – *incapacidade funcional* – verificamos os objetivos apresentados no capítulo V ponto dois, sobre os quais iremos verificar a sua inferência.

A análise da tabela 8 evidencia existir maior número de casos de doentes masculinos nos níveis de independência do que casos femininos (57,1% e 38,8%), sendo as diferenças de proporções significativas. Nos restantes níveis de dependência funcional há maior proporção de mulheres do que homens, embora as diferenças não sejam significativas.

Por aplicação do método de Monte Carlo do teste qui-quadrado, conclui-se não existir uma relação de associação entre níveis de dependência e o sexo do doente ($p=0,289$).

Tabela 8 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e sexo

Sexo / Níveis de Dependência funcional	Masculino (n = 21; % = 35)		Feminino (n = 39; % = 65)		Total (n = 60; % = 100,0)	
	n	%	n	%	n	%
Dependência muito elevada	1	4,8	2	5,1	3	5,0
Ra	-0,1		0,1			
Dependência elevada	5	23,8	15	38,5	20	33,3
Ra	-1,1		1,1			
Dependência moderada	3	14,3	7	17,9	10	16,7
Ra	-0,4		0,4			
Dependência reduzida	0	0,0	3	7,7	3	5,0
Ra	-1,3		1,3			
Independência	12	57,1	12	30,8	24	40
Ra	2		-2			

($\chi^2 = 4,982$; gl = 4; ; p = 0,284 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

Por observação dos resultados do Teste de Mann Whitney (tabela 9), verificou-se que as diferenças nos valores médios das ordenações em função do sexo não são estatisticamente significativas (p=0,069).

Tabela 9 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do sexo

Variável	Sexo	n	Ordenação média	U	p
Incapacidade funcional	Masculino	21	35,9	296	0,069
	Feminino	39	27,6		

Relativamente à idade podemos observar que o valor médio da capacidade funcional no grupo etário 65-75 varia entre um mínimo de 73 e um máximo de 100, com uma média de 96,1, associada a um desvio padrão de 8,8, com um coeficiente de variação de 9,2% o que indica uma dispersão baixa em relação à média. A média de score de capacidade funcional é mais baixa nos restantes grupos etários e associado a um desvio-padrão mais elevado.

Por observação da tabela 10, verificou-se que o grupo de doentes com idade inferior ou igual a 75 anos apresenta valores médios de ordenação de capacidade funcional superiores aos restantes grupos etários. Verificamos que as pontuações médias de capacidade funcional diminuem com o aumento da idade. Conclui-se que diferenças entre os valores médios das ordenações em função do grupo etário são estatisticamente muito significativas (p=0,000).

Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função dos grupos etários

Variável	Grupos etários	n	Ordenação Média	χ^2	P
Incapacidade funcional	65-75 anos	21	44,9	30,549	0,000
	76-85 anos	28	27,2		
	>= 86 anos	11	11,3		

Os resultados da tabela 11 corroboram as conclusões anteriores, de que existe uma relação de associação entre idade e score da incapacidade funcional. De facto, a correlação entre estas duas variáveis é moderada, negativa e estatisticamente significativa ao nível 0,01. Conclui-se que a capacidade funcional diminui com o aumento da idade.

Tabela 11 – Correlação entre incapacidade funcional e idade

Correlação Spearman Rho's		Incapacidade funcional
Idade	Coeficiente correlação	-0,697**
	P	0,000
	n	60

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (bicaudal)

Em relação a área de residência, os doentes das áreas rurais apresentam scores médios de capacidade funcional mais elevadas do que os doentes das áreas urbanas ($72 \pm 30,3$ vs. $69,6 \pm 31$), sendo que o mínimo do score (valor 10) verificou-se em áreas urbanas.

Por observação dos resultados da tabela 12, verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas nos valores médios das ordenações em função do local de residência ($p = 0,517$).

Tabela 12 – Teste de Mann-Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do Local de residência

Variável	Local de residência	n	Ordenação média	U	p
Incapacidade funcional	Rural	36	31,65	390,5	0,517
	Urbana	24	28,77		

Na categoria de estado civil, optou-se pela recodificação da variável em duas categorias: 1 – casados e 2 – outros estados civis. Por observação da tabela 13, observamos que os valores de scores médio da capacidade são mais elevados nos casados do que nos restantes estados civis. O nível de significância do teste ($p=0,006$) permite concluir que os doentes casados são mais capacitados do que os restantes.

Tabela 13 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do estado civil recodificado

Variável	Estado civil	n	Ordenação média	U	p
Incapacidade funcional	Casados	34	35,72	264,5	0,006
	Outros E. C.	26	23,67		

A nível das habilitações literárias dos doentes evidencia-se que as médias de capacidade funcional aumentam com o aumento das habilitações literárias dos doentes que compõem a amostra, embora o desvio-padrão associado, também aumente.

Por observação da tabela 14, constatámos que os doentes com o ensino secundário são os mais capacitados, seguido dos doentes com o 3.º ciclo, 1.º ciclo e finalmente os que não sabem ler nem escrever. O nível de significância de 0,002 permite concluir que pelo menos um grupo de habilitações literárias difere nos valores médios de capacidade funcional em relação aos restantes grupos habilitacionais.

Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional (IBM) em função das habilitações literárias

Variável	Habilitações literárias	n	Ordenação média	χ^2	p
Incapacidade funcional	Não sabe ler nem escrever	10	14,2	14,82	0,002
	1.º ciclo do Ensino Básico	39	31,4		
	3.º ciclo Ensino Básico	10	41,5		
	Ensino Secundário	1	48,5		

A análise da tabela 15 evidencia existir maior prevalência de doentes independentes que vivem sozinhos (80%) comparativamente aos que vivem acompanhados (36,4%). Também se verifica uma maior prevalência de doentes com níveis de dependência elevada que vivem acompanhados (36,4%) comparativamente com os que vivem sozinhos (0,0%). No entanto, as diferenças de proporções verificadas, não são significativas (resíduos ajustados são baixos).

O nível de significância do teste ($p=0,317$) permite concluir não existir uma relação de associação entre níveis de dependência e o agregado familiar.

Os resultados do teste de Mann Whitney, demonstram que os doentes que vivem sozinhos apresentam valores médios de ordenação da capacidade funcional superiores aos que vivem acompanhados (43,9 vs. 29,28). No entanto, as diferenças nos valores médios destes dois grupos de doentes não é estatisticamente significativa ($p=0,06$).

Tabela 15 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e agregado familiar

Agregado familiar \ Incapacidade funcional		Sozinho (n = 5; % = 8,3)		Acompanhado (n = 55; % = 91,7)		Total (n = 60; % = 100,0)	
		n	%	n	%	n	%
Dependência muito elevada		0	0,0	3	5,5	3	5,0
	Ra		-0,5		0,5		
Dependência elevada		0	0,0	20	36,4	20	33,3
	Ra		-1,7		1,7		
Dependência moderada		1	20,0	9	16,4	10	16,7
	Ra		0,2		-0,2		
Dependência reduzida		0	0,0	3	5,5	3	5,0
	Ra		-0,5		0,5		
Independência		4	80,0	20	36,4	24	40
	Ra		1,9		-1,9		

($\chi^2 = 4,582$; gl = 4; ; p = 0,317 Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

A nível de apoio domiciliário institucional, comparando os doentes que recebem este tipo de apoio com os que não recebem, verifica-se, que a maioria dos doentes que recebem apoio institucional apresenta um nível de dependência elevada (66,7% dos casos). Estas diferenças de proporções são significativas (resíduos ajustados elevados).

O nível de significância do teste (p=0,003) permite concluir que existe uma relação de associação entre capacidade funcional e apoio domiciliário, na medida em que são sobretudo os doentes com nível de dependência elevada a receber apoio institucional e os independentes a não receber esse apoio.

Verifica-se, através dos resultados da tabela 16, que o grupo de doentes que não recebe apoio domiciliário institucional apresenta valores médios de ordenações da capacidade funcional superiores aos que recebem esse apoio. O nível de significância (p=0,003) indica que o apoio domiciliário é prestado aos doentes com baixa capacidade funcional, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas.

Tabela 16 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do apoio centro de dia/enfermeiros CS/paróquia/vizinhos

Variável	Apoio	n	Ordenação média	U	p
Incapacidade funcional	Sim	15	15,40	111,0	0,000
	Não	45	35,5		

Os doentes com rendimentos mais baixos (200 €/400 €) apresentam pontuações médias de capacidade mais baixas do que os restantes grupos de rendimentos, sendo que o mínimo do score (valor 10) verificou-se no grupo de doentes com rendimentos mais baixos.

Por observação da tabela 17, verifica-se que o grupo de doentes com rendimento compreendido entre os 200 € e 400 € (escalão mais baixo) é o grupo que apresenta valores médios de capacidade mais baixos (24,88). O nível de significância ($p=0,017$) indica que, pelo menos, um grupo de rendimentos se distingue dos restantes quanto aos valores médios de capacidade funcional.

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da situação económica

Variável	Situação económica	n	Ordenação média	χ^2	p
Incapacidade funcional	200 €/400 €	34	24,88	10,142	0,017
	450 € / 1000 €	19	40,21		
	1050 € / 1500 €	4	30		
	Mais 1500 €	3	33,33		

Constata-se que não existe uma relação de associação entre o tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia e a incapacidade funcional dos doentes ($p=0,371$; tabela 18).

Tabela 18 – Correlação entre incapacidade funcional e tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia

Correlação Spearman Rho's		Incapacidade funcional
Tempo decorrido (dias)	Coefficiente correlação	0,118
	P	0,371
	n	60

A tabela 19 apresenta os resultados da alternativa não paramétrica-teste de Kruskal Wallis. Os resultados apresentados demonstram que as diferenças dos valores médios das ordenações da capacidade funcional não são estatisticamente significativas ($p=0,263$).

Optámos pela recodificação da variável local da fratura em duas categorias: 1 – Colo do Fémur e 2 – Trocantérica e Subtrocantérica. A análise da tabela 20 evidencia que os doentes intervencionados ao colo do fémur apresentam valores de capacidade funcional mais elevadas do que os doentes intervencionados à trocantérica e subtrocantérica, sendo, no entanto, as diferenças da ordenação média não significativas ($p=0,194$).

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do local da fratura

Variável	Local da fratura	n	Ordenação média	χ^2	p
Incapacidade funcional	Colo do fémur	30	33,33	2,673	0,263
	Trocantérica	21	25,67		
	Subtrocantérica	9	32,33		

Tabela 20 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do local da fratura (recodificada)

Variável	Local da fratura	n	Ordenação média	U	p
Incapacidade funcional	Colo do fémur	30	33,3	365	0,194
	Trocantérica e Subtrocantérica	30	27,7		

Por observação da tabela 21, constata-se que os doentes intervencionados para fixação da fratura com parafusos e submetidos a artroplastia total do quadril são os que apresentam maiores valores médios de capacidade funcional (48,5 e 47,27). Os doentes que apresentam valores médios mais baixos de capacidade funcional são os doentes submetidos a artroplastia parcial do quadril e a fixação da fratura com placas e parafusos (19,0 e 24,28).

Conclui-se que, pelo menos, um tipo de cirurgia difere nos valores médios de ordenação da capacidade funcional em relação aos restantes ($p=0,000$).

Tabela 21 – Teste de Kruskal-Wallis: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função do tipo de cirurgia

Variável	Tipo de cirurgia	n	Ordenação média	χ^2	p
Incapacidade funcional	Fixação da fratura com parafusos	1	48,5	26,104	0,000
	Fixação da fratura com placas e parafusos	25	24,28		
	Fixação com haste intramedular e parafusos	6	36,42		
	Artroplastia total da anca	15	47,27		
	Artroplastia parcial da anca	13	19		

A análise da tabela 22 evidencia existir um impacto positivo das sessões de reabilitação na capacidade funcional dos doentes. Verifica-se que existem mais doentes independentes entre os que efetuaram reabilitação (51,2%) comparativamente aos que não efetuaram (11,8%). A análise dos resíduos ajustados corrobora a associação entre independência e reabilitação.

Verifica-se, ainda, que existem mais doentes com níveis de dependência elevada entre os que não efetuaram reabilitação (76,5%) comparativamente com os que efetuaram (16,3%). A análise dos resíduos ajustados corrobora a associação entre níveis de dependência elevada e reabilitação.

O nível de significância do teste ($p=0,000$) permite concluir existir uma relação de associação entre níveis de dependência e o ter ou não efetuado reabilitação.

Tabela 22 – Associação entre níveis de incapacidade funcional e reabilitação

Reabilitação		Sim (n = 43; % = 71,7)		Não (n = 17; % = 28,3)		Total (n = 60; % = 100,0)	
		n	%	n	%	n	%
Incapacidade Funcional							
	Dependência muito elevada	3	7,0	0	0,0	3	5,0
	Ra		1,1		-1,1		
Dependência elevada		7	16,3	13	76,5	20	33,3
	Ra		-4,5		4,5		
Dependência moderada		8	18,6	2	11,8	10	16,7
	Ra		0,6		-0,6		
Dependência reduzida		3	7,0	0	0,0	3	5,0
	Ra		1,1		-1,1		
Independência		22	51,2	2	11,8	24	40,0
	Ra		2,8		-2,8		

($\chi^2 = 20,684$; gl = 4; ; $p = 0,000$ Método Monte Carlo, baseado em 20000 simulações amostrais)

Os resultados apresentados na tabela 23 demonstram que as diferenças dos valores médios das ordenações da capacidade funcional são estatisticamente significativas entre o grupo de doentes que faz reabilitação e o que não faz ($p=0,002$). Conclui-se que os doentes que efetuaram reabilitação são mais capacitados funcionalmente.

Tabela 23 – Teste de Mann Whitney: comparação das classificações médias da incapacidade funcional em função da reabilitação

Variável	Reabilitação	n	Ordenação média	χ^2	p
Incapacidade funcional	Sim	43	34,71	184,5	0,002
	Não	17	19,85		

A tabela 24 corrobora as conclusões apresentadas, demonstrando a existência de uma correlação fraca, positiva entre número de sessões de reabilitação efetuadas e score de incapacidade funcional ($p=0,015$). Conclui-se que quanto maior é o número de sessões

de reabilitação frequentadas maior é a pontuação em termos de capacidade funcional e vice-versa.

Tabela 24 – Correlação entre incapacidade funcional e n.º de sessões de reabilitação

Correlação Spearman Rho's		Incapacidade funcional
N.º sessões de reabilitação	Coeficiente correlação	0,340*
	P	0,015
	n	60

* A correlação é significativa ao nível 0.05 (bi-caudal)

Relativamente à funcionalidade familiar, a tabela 25 demonstra não existir uma correlação entre scores da incapacidade funcional e scores de funcionalidade familiar ($p=0,273$).

Tabela 25 – Correlação entre score de incapacidade funcional e de funcionalidade familiar

Correlação Spearman Rho's		Score Funcional. familiar
Score Incapacidade funcional	Coeficiente correlação	0,144
	P	0,273
	n	60

Verificamos ainda que os doentes que integram famílias com disfunção leve e altamente funcionais são os que apresentam valores médios de ordenação da capacidade funcional mais elevados (35,5 e 30,7) comparativamente aos doentes com disfunção severa que apresentam valores mais baixos de capacidade funcional (21,6). Não obstante, o resultado do teste indica que as diferenças nos valores de capacidade entre os 3 níveis de funcionalidade familiar não são estatisticamente significativas ($p=0,231$).

7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é uma etapa fundamental num processo de investigação, dado permitir a discussão e interpretação dos dados apresentados anteriormente dando ênfase aos mais significativos e relaciona-los com a fundamentação teórica.

A discussão dos resultados irá decorrer de acordo com as variáveis selecionadas e os objetivos propostos, realizando uma interligação da Incapacidade Funcional (variável dependente), com as variáveis independentes (sócio-demográficas, clínicas e funcionalidade familiar).

Os resultados deste estudo mostram que na amostra estudada (60 indivíduos), a média de idades se situa nos 78,5 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (65%). A idade vem corroborar os dados apresentados pelo INE 2011, ao referir que a esperança média de vida para a população portuguesa se situa nos 79,20 anos. Não se processando no entanto o aumento da longevidade de forma equitativa, uma vez que no século XXI vai persistir uma diferença de 6 anos, favorável à mulher que podem viver em média 82,05 anos (média de vida dos homens é de 76,14), o que no nosso estudo também se verifica, uma vez que só no grupo etário dos 65-75 anos a superioridade é nos homens (52,4% vs.25,6%).

Este dado também se verifica no nosso estudo, dada a relação de associação entre a idade e a capacidade funcional, concluindo-se que a capacidade funcional diminui com o aumento da idade ($p=0,01$). De facto é na faixa etária dos 65-75 anos que apresenta valores médios de capacidade funcional superior aos restantes grupos etários, em que as pontuações médias de capacidade funcional diminuem com o aumento da idade.

O nosso estudo vem reforçar os pressupostos já enunciados por outros investigadores como por exemplo os realizados por Pavarini e Neri (2000), citado por Andrade (2009), quando referem que os idosos entre os 75 e os 84 anos (25%) apresentam incapacidade moderada e que acima dos 85 anos, a incapacidade é quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo (45%) a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada.

No entanto a relação existente entre o sexo e os níveis dependência funcional nos elementos do nosso estudo não apresentou diferenças estatisticamente significativas

($p=0,069$), embora os valores de ordenação média do sexo masculino (35,9) sejam superiores às do sexo feminino (27,6), o que nos leva a depreender que existe uma certa tendência para os homens serem mais capacitados que as mulheres, contudo como referimos não podemos generalizar.

Alguns autores apresentam resultados diferentes, uma vez que comprovaram que o sexo feminino tem uma forte associação com níveis de dependência funcional, com uma probabilidade duas vezes superior à do sexo masculino (BRANCO et al, 2001; KOUKOULI et al, 2002; ROSA et al, 2003; MARTINS, 2004).

No que respeita à localização da residência, a maioria (60%) da população estudada habita em meio rural, repartindo-se a tendência nacional da distribuição dos idosos (INE, 2011). Contudo não se observam diferenças estatísticas significativas entre capacidade funcional e a localização da residência ($p=0,517$).

Relativamente ao estado civil e agregado familiar verificamos que 56,7% dos doentes da nossa amostra são casados e 38,3% são viúvos: a maior percentagem de indivíduos casados pertence ao sexo masculino (85,7%), enquanto a viuvez predomina no sexo feminino (53,8%). Os doentes que vivem com o cônjuge são maioritariamente homens (80%), enquanto que, no caso das mulheres só serem 37,1%, mas em contra partida 10,3% vivem sozinhas (versus 4,8% dos homens) ou com os filhos (45,7%).

A análise da relação entre incapacidade funcional e o estado civil, do nosso estudo revela que existem diferenças significativas nos valores médios de capacidade funcional nas categorias de estado civil $p < 0,05$. Após a recodificação das variáveis estado civil em duas categorias: 1 – casados e 2 – outros estados, observamos que os valores de scores médio da capacidade são elevados nos casados. Com o nível de significância do teste de Mann Whitney ($p=0,006$), concluímos que os doentes casados são mais capacitados do que os restantes. Relativamente ao agregado familiar esta relação não se verifica, o nosso estudo revela inexistência estatística significativa ($p=0,06$).

Segundo alguns autores, a viuvez constitui um fator de risco para a dependência nas AVDs e mobilidade, com uma probabilidade 3,3 vezes superior para tornarem dependentes. É de referir, que esta opinião não é consensual pois outros autores apresentam opiniões opostas, ao verificarem que as pessoas que moram sozinhas se revelam mais independentes Hérbert et al (1999, cit in Cunha et al, 2007).

Reportando-nos às habilitações literárias, a maioria dos doentes da amostra tem o 1º ciclo do ensino básico (65,0%), sendo a percentagem maior no sexo feminino (69,2%) que

no sexo masculino (57,1%): saliente-se ainda que (16,7%) dos idosos não sabe ler nem escrever, tendo como maior representatividade o sexo feminino com 23,1%.

Dados corroborados pelos Censos de 2011 que também revelam, que 19% da população com idade igual ou superior a 65 anos não apresenta qualquer nível de instrução, sendo esta proporção superior no caso das mulheres (21% vs. 7% homens).

Desta feita podemos concluir, que estamos perante uma população com baixo nível educacional, sendo o grupo das mulheres maioritariamente iletrada, facto compreensível atendendo à moldura sociocultural que durante anos prevaleceu na nossa sociedade. Ao analisarmos esta correlação, verificamos que a capacidade funcional aumenta com o aumento das habilitações literárias ($p=0,002$). Dados são corroborados por outros autores, em que para maior nível de instrução corresponde um maior nível de independência funcional, (CUNHA et al, 2007; BURNAY, 2011). Na opinião de Marques et al. (2006), o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, a adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável que limite a ação de indicadores de risco.

Relativamente ao apoio domiciliário institucional verificamos que a maioria dos indivíduos não tem apoio domiciliário (75%), apenas uma minoria recebe apoio (25%), sendo a maior evidenciada nas mulheres (28,2% vs. 19% homens)

A análise da relação de capacidade funcional e o apoio domiciliário, verifica-se, que a maioria destes doentes apresenta um nível de dependência elevada (66,7%). Dada a relação de associação entre independência funcional e apoio domiciliário ($p=0,003$) sobre tudo nos doentes com um nível de dependência elevada, podemos concluir que o apoio domiciliário é prestado aos doentes que apresentam uma baixa de capacidade funcional.

Alguns autores defendem a capacidade funcional da pessoa idosa como fator fundamental, estando esta diretamente relacionada com a probabilidade do idoso ter capacidade em continuar a viver na sua própria casa e na sua comunidade (RIBEIRINHO, 2005; REBELATTO e MORELLI,2004). Corroboram da mesma opinião autores como Leitão e Freitas (2007), ao defenderem que a institucionalização deverá ser encarada pelas famílias como o ultimo recurso para resolver o problema da dependência, uma vez que o domicílio continua o meio ambiente onde o idoso se identifica, em que se sente mais seguro, e portanto o local privilegiado na promoção da sua autonomia.

É da responsabilidade do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, avaliar o grau de dependência, o tipo de apoio que o idoso necessita e ainda as possibilidades/capacidades

que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos e cognitivos e assim auxiliar a família na decisão da melhor opção, garantindo a continuidade dos cuidados.

Os problemas económicos são identificados como um dos principais problemas, que atinge atualmente os idosos portugueses. Na nossa pesquisa verificamos que a maioria dos idosos apresenta rendimentos inferiores ou iguais a 400€ (56,7%), em que a percentagem de mulheres com rendimento inferior a 400€ é maior que a dos homens (64,1% e 42,9%). Os homens auferem rendimentos largamente superiores aos das mulheres.

Ao analisarmos a relação entre capacidade funcional e situação económica, verificamos que os doentes com rendimentos mais baixos (200€ / 400€) apresentam médias de capacidade mais baixas (24,88) do que os restantes grupos de rendimento. Verificando - se que existe associação entre capacidade funcional e situação económica ($p=0,017$).

Alguns autores corroboram com estes resultados, mostram, que 20% dos idosos mais pobres do Brasil, a sua situação económica afeta a saúde destes, que apresentam piores condições de saúde, pior função física e menos uso de serviços de saúde (LIMA-COSTA et al, 2002).

Relativamente ao tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia, constata-se não existir uma relação de associação entre esta variável e a incapacidade funcional dos doentes ($p=0,371$).

Segundo Pereira (2003) quando avaliou o tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia, não encontrou diferença para o grupo que piorou ou manteve a capacidade funcional. Tinetti & Williams (1997) demonstraram que esperar mais de seis dias para realizar a cirurgia foi significativamente negativo. Afirmando que a intervenção cirúrgica deve ser efetuada o mais precocemente possível, após a estabilização da patologia médica comórbida, particularmente a de carácter cardiopulmonar e de equilíbrio hidro-eletrolítico. A demora cirúrgica leva a um aumento do tempo de internamento e pode causar complicações, incluindo escaras, pneumonia e confusão mental.

As fraturas da extremidade superior do fémur ocorrem em três zonas anatómicas distintas. Quanto à distribuição da amostra verificamos que 50% dos doentes foram operados ao colo do fémur, 35% à área trocantérica e 15% e à área subtrocantérica.

Após a recodificação da variável em duas categorias: 1 - colo do fémur e 2 - trocantérica e subtrocantérica verifica-se que os doentes intervencionados ao colo do fémur

apresentam valores de capacidade funcional mais elevados, não sendo, no entanto, as diferenças da ordenação média significativas ($p=0,194$).

Quanto ao tipo de cirurgia, verificamos que 41,7% dos indivíduos foram intervencionados para fixação da fratura com placas e parafusos, sendo maior percentagem na mulher que no homem (43,6% e 38,1%). Podemos constatar que os doentes submetidos a este tipo de cirurgia e artroplastia total da anca apresentam valores médios de capacidade funcional mais elevados (48,5 e 47,27), e que os doentes que apresentam valores mais baixos de capacidade funcional são os intervencionados com artroplastia parcial da anca (19).

Se tivermos em conta que, apesar da artroplastia ser considerada “ uma das intervenções cirúrgicas com melhores resultados, em termos de recuperação funcional do doente” (TAPADINHAS et al. 2006, p.34), a nova anca proporciona uma certa instabilidade, acarretando restrições ao nível de alguns movimentos que vão interferir na capacidade funcional da pessoa, para realizar as AVDs que fazem parte do seu quotidiano. Pereira (2003), afirma que nas fraturas do colo do fémur nos doentes em idade avançada realiza-se uma artroplastia parcial da anca, como a capacidade funcional vai diminuindo com a idade, neste tipo de intervenção cirúrgica os doentes apresentam baixos valores de capacidade funcional.

Na variável clínica reabilitação, verificamos que a maioria da amostra (71,7%) faz reabilitação, sendo a percentagem de homens a efetuar reabilitação superior a das mulheres (81% e 66%). Observamos ainda que existem mais doentes independentes entre os que efetuaram reabilitação (51,2%) comparativamente aos que não efetuaram (11,8%). Por isso verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os doentes que fazem reabilitação e os que não fazem ($p=0,002$), concluindo-se assim que os doentes que efetuaram reabilitação são mais capacitados funcionalmente.

Estes resultados refletem a opinião de diversos autores consultados de que a reabilitação influencia a independência funcional.

Segundo Salmela et al (2003), a reabilitação deve iniciar-se o mais cedo possível, uma vez que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes após fratura do colo do fémur. A intensidade do programa de reabilitação depende do estado do doente e do grau de incapacidade, se não for possível uma reabilitação ativa, deve realizar-se reabilitação passiva, minimizando o risco de contrações, dor articular, úlceras de decúbito e pneumonia que constituem complicações que podem diminuir o potencial de recuperação do indivíduo.

Da mesma forma, Ducan (2005) considera que a reabilitação deve ser precoce, intensiva, para que se obtenham benefícios funcionais e logo que a situação clínica do doente se estabilize devem desenvolver-se esforços que visem a sua recuperação funcional.

Relativamente a funcionalidade família, tendo por base a Escala de Apgar Familiar para a sua avaliação, a amostra foi caracterizada como tendo famílias altamente funcionais em 70%, com disfunção leve 18,3% e com disfunção severa 11,7%. Após a realização do teste de Kruskal-Wallis, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,231$) entre capacidade funcional e os três níveis de funcionalidade familiar.

Corroboram com estes resultados, Pavarini et al. (2006, cit por Paiva et al, 2011) ao constatarem que os idosos participantes de um grupo de alfabetização de um município do interior paulista, 87,1% apresentaram uma família altamente funcional, 8,6% com disfunção leve e 4,3% com uma disfunção severa.

Pelo contrário, num estudo desenvolvido por Torres et al. (2010), constatou-se existir comprometimento na dinâmica familiar, em 73,50% dos idosos, sendo que 46,15% correspondem a uma família com disfunção leve e 27,35% a uma família com disfunção severa. Os restantes 26,50% correspondem a uma família altamente funcional. Relativamente á disparidade nos resultados, não podemos deixar de alertar, para o facto de este pertencerem a um grupo de idosos que se encontram num estado de dependência, enquanto que os participantes da nossa amostra, apesar de serem idosos, a maioria da amostra vive com o cônjuge.

Tendo em conta que a família, na perspectiva de Nogueira (2003, cit. por Martins e Fernandes, 2009, p.88), “é o recurso mais acessível à prestação de cuidados tendo de facto, em muitas circunstâncias, de os prestar devido à escassez de serviços organizados”, estes resultados deixam-nos mais satisfeitos, pois consideramos que a funcionalidade familiar poderá permitir o envolvimento familiar, necessário, ao processo de recuperação do sujeito. Corroboram também com esta opinião Oliveira et al. (2007), ao referirem que o êxito da intervenção cirúrgica, também dependerá do envolvimento familiar no processo de reabilitação da pessoa submetida a cirurgia após fratura do colo do fémur. Pelo que, para dar continuidade aos cuidados, as equipas de saúde devem permitir que tanto as pessoas como os seus familiares desempenhem um papel predominantemente ativo, no que concerne ao seu processo de reabilitação (MARTINS e FERNANDES, 2009).

Para avaliação da (in)capacidade funcional dos doentes, foi aplicada a EBM. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: “recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: (...), motora, (...) Artigo 4º alínea J1.1.2,2011);” e “avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades devida Diárias de forma independente” (Artigo 4º alínea a)J1.1.3, 2011).

Na nossa amostra verificamos que 40% dos doentes são independentes na capacidade funcional, 33,3 têm uma dependência elevada, 16,7% uma dependência moderada e apenas uma minoria apresenta um nível de dependência reduzida (5%) e muito elevada (5%). Na análise dos níveis de incapacidade funcional, existem mais os homens com independência funcional que as mulheres (57,1% vs. 30,8%).

8 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O envelhecimento é definido como um processo progressivo, gradual e variável, caracterizado pela perda crescente da reserva funcional. Em consequência ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, tornando o idoso propenso a adoecer. Essas mudanças naturais que ocorrem no envelhecimento, podem levar a limitações funcionais associadas a afeções agudas ou crônicas, tornando os idosos mais suscetíveis aos riscos ambientais, e conseqüentemente a ocorrência de quedas. Neste sentido, as fraturas da extremidade superior do fêmur, em idosos, ocupam um papel de grande importância, tanto pela sua frequência quanto pela sua gravidade, visto que levam ao aumento da incapacidade funcional.

A incapacidade funcional é uma variável sempre presente na área da reabilitação, que merece a atenção tanto do profissional como do doente acometido pela fratura da extremidade superior do fêmur. Os ganhos em reabilitação e funcionalidade, definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos doentes, estando ligados aos objetivos que se pretendem atingirem. Importa para isso, que o Enfermeiro de Reabilitação conheça as variáveis que mais influenciam o processo de recuperação e a capacidade de atingir os objetivos funcionais de uma forma eficaz e eficiente.

Este domínio revela-se portanto, preponderante para as instituições de saúde, profissionais e investigadores, devendo ser encarado como orientador da conduta dos mesmos e construir uma referência de qualidade no tratamento reabilitador.

Tendo em conta os objetivos deste trabalho, extraímos as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 78,5 anos.
- Quanto ao estado civil, são predominantemente casados a viver com o cônjuge em zona rural, habilitados com o 1º ciclo de estudos, uma pequena minoria recebe apoio institucional e auferem de baixos rendimentos mensais.
- O tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia é ligeiramente mais elevado nas mulheres, o local de maior incidência das fraturas é o colo do fêmur, o tipo de cirurgia mais utilizada foi a fixação da fratura com placa e parafusos (DHS) e que 71,7% da amostra realizou reabilitação.

- A funcionalidade familiar é considerada pela maioria (70%) como família altamente funcional.
- A nível de incapacidade funcional (EBM) 40% dos idosos são independentes, 33,3% têm uma dependência elevada, 16,7% uma dependência moderada. Sendo os homens mais independentes que as mulheres, ou seja, existem mais mulheres com dependência funcional do que homens.

Na análise de associação entre as variáveis do nosso estudo, constatámos a existência de relações significativas:

- Existe associação entre capacidade funcional e idade. A capacidade funcional diminui com o aumento da idade.
- Existe associação entre níveis capacidade funcional e estado civil. Os doentes casados são mais capacitados do que os restantes.
- Existe associação entre níveis capacidade funcional e habilitações literárias. A capacidade funcional é maior em níveis habilitações superiores.
- Existe associação entre capacidade funcional e apoio institucional recebido. São os doentes com baixa capacidade funcional que beneficiam do apoio domiciliário.
- Existe associação entre capacidade funcional e situação económica. São os doentes com rendimentos mais baixos (inferior a 450 euros) que apresentam maior incapacidade funcional.
- Existe associação entre capacidade funcional e o tipo de cirurgia. Os doentes intervencionados a artroplastia total da anca apresentam valores mais elevados de capacidade funcional que os doentes submetidos a outros tipos de cirurgia.
- Existe associação entre capacidade funcional e reabilitação. Os doentes que efetuaram reabilitação são mais capacitados, daí o impacto positivo das sessões de reabilitação na capacidade funcional dos doentes. Quanto maior é o número de sessões de reabilitação frequentadas maior é a pontuação em termos de capacidade e vice-versa.

Contrariamente, verificámos que noutras variáveis não existia relação estatística significativa, destacando-se, por não influenciar a independência funcional: o sexo; o local de residência e o agregado familiar.

Tomando em consideração os resultados obtidos, podemos inferir que as variáveis que mais influenciam a capacidade funcional dos Doentes são: a idade, uma vez que o seu aumento diminui a capacidade funcional; a reabilitação, dado que os doentes que mais sessões de reabilitação realizarem foram aqueles que viram também aumentada a sua capacidade funcional.

Pensamos que este estudo de carácter transversal apresentou como limitação a utilização de uma amostra não probabilística por conveniência, por não dar a mesma possibilidade aos diferentes elementos da população de fazerem parte da amostra pondo assim em risco a sua representatividade. Contudo, consideramos que os resultados deste estudo constituem um pequeno contributo para o conhecimento pois permitiram-nos conhecer melhor a situação dos idosos após fratura da extremidade superior de fémur e compreender de que forma as variáveis estudadas influenciam a sua capacidade funcional. De facto corroboramos Fortin (2006, p.326), quando afirma “que quando se deseja explorar relações entre determinadas variáveis uma amostra não probabilística pode ser suficiente”.

Os resultados deste estudo não poderão ser considerados absolutos, pois a confirmação de uma hipótese aumenta a verosimilhança de uma teoria, mas não a prova, porque outros elementos, sem ligação a essa teoria, podem interferir de um modo que a hipótese seja exata (FORTIN, 2006). No entanto, consideramos que a reabilitação funcional contribui em grande percentagem para o aumento da capacidade funcional destes doentes sendo o número de sessões realizadas um factor de grande importância. O processo de reabilitação é único e pessoal e termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente, tendo sempre em consideração as limitações de cada indivíduo. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o doente. Deve ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo ou pré-mórbido de independência funcional (PEREIRA, 2003).

Terminamos, salientando que muito há a fazer e a investigar no domínio da independência/capacidade funcional nos idosos após fratura da extremidade superior do fémur, pois a grande percentagem de trabalhos publicados centram-se na mortalidade dos idosos após fratura do fémur. Esperamos, com este estudo, ter contribuído para dar resposta às questões levantadas e sugerindo que sejam efetuados trabalhos relativamente a esta temática com uma amostra mais alargada e num intervalo de tempo maior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMIRAN, Maria Lúcia Toledo Moraes – **Conceituando deficiência**. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. ISSN 1518-8787, 34:1 (2000) 97-3.

ALVES et al. – **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil**. *Cadernos Saúde Pública* [Em linha]. Rio de Janeiro, Vol. 23, nº 8, p. 1924-1930, Agosto, 2007. [Consultado a 10 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf%OD/csp/v23n8/19.pdf>.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Lúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge – **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura**. *Ciência e Saúde Coletiva* [Em linha]. Vol. 13, nº 4, p. 1199 – 1207, 2008, ISSN 1413-8123. [Consultado a 4 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-1232008000400016>.

ANDRADE, Ana Isabel Nunes de Azevedo e; MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos**. *Millenim* [Em linha]. Viseu, Vol. 40, p. 185-199, 2011. [Consultado a 20 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW.ipv.pt/Millenium40/13.pdf.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes – **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. Minho: Instituto de Educação e Psicologia 2009. p. 323. Universidade do Minho.

ANDRÉ, C. – **Manual de AVC**. Rio de Janeiro. Revinter, 2006.

ARAÚJO, Fátima [et al.] – **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 25, nº 2 (Jul/Dez 2007).

BARBOSA, Fátima – **Cuidadores de familiares idosos: uma nova realidade, um novo desafio**. [Em linha]. Setembro 2008. [Consultado a 27 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.cmpesoregua.pt/fotos/galerias/cuidadores_familiares_idosos_laFS.pdf

BONARDI, Gislaiane; SOUZA, Valdemarina Bidone Azevedo; MORAES, João Feliz Duarte de – **Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde**. *Scientia Medica* [Em linha]. Porto Alegre, Vol. 17, nº 3, p. 138-144, Jul/Set., 2007. [Consultado a 5 Janeiro de 2012]. Disponível em revistas eletronicas. Pucrs.br/ojs/index.Php/scientiamedica/article/.../2146.

BURNAY, Rita Maria Pires Pisana – **A passagem à reforma**. [Em linha] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. 2011. p. 97. Dissertação de Mestrado apresentado à

Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa. Um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa. [consult. 6 junho 2011] [www:<URL:run.unl.pt/bitstream/10362/5638/1Burnay%20Rita%20TM%202011.pdf](http://www.run.unl.pt/bitstream/10362/5638/1/Burnay%20Rita%20TM%202011.pdf)

CANDELAS, M.; OLIVEIRA, C. – **A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam.** Revista investigação em enfermagem. Coimbra. Nº 2 (Agosto), p. 11-21.

CERVEIRA, Andrade J. - **Independência Funcional nos Doentes com AVC: Determinantes Sócio-demográficas e Clínicas.** Relatório Final do Mestrado de Reabilitação em Enfermagem, 2011. ESSV.

CHIANÇA, L., REBELO, O.; ALMEIDA, T. – **Enfermagem em ortotraumatologia.** Coimbra: Formasan, 2009.

COSTA, J. de Sá [et al.]. – **Dicionário da Língua Portuguesa.** Porto. 11ª Edição. Porto Editora, 2003.

COSTA, Maria Arminda – **CUIDAR IDOSOS, Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros.** Coedição FORMASAU; EDUCA, Lisboa. Junho 2002. ISBN 972-8484-24-7

CUNHA, Cristina; MONTEIRO, Elsa; RIBEIRO, Graça; AMARAL, Maria; MARTINS, Teresa – **A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos.** Viseu: Instituto Politécnico de Viseu 2007. P. 168. Trabalho de Investigação realizado no I curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu.

CUNHA, Ulisses; VEADO, M. A. Castro – **Fratura da extremidade proximal do fémur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano.** [Em linha]. Revista Brasileira de ortopedia. Vol. 41, nº 6, p. 195, 2006. [Consultado em 20 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.rbi.org.br/2006_jun_05.pdf.

DUCA, Giovâni Firpo Del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi – **Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos.** Ver. Saúde Pública [Em linha]. São Paulo, Vol. 43, nº 5, p. 796-805, Outubro, 2009. ISSN 0034-8910. [Consultado a 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.scielo.org/csielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-8910200900500008.

DUCAN, P. [et al.] – **Management of Adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline.** Stroke. [Em linha]. 36:9 (2005) 100-43. [Consultado a 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em [URL:<http://musom.marshall.edu/medctr/neuroscience/handouts/10_Things_for_Stroke.pdf>](http://musom.marshall.edu/medctr/neuroscience/handouts/10_Things_for_Stroke.pdf)

ESPANADEIRO, Raquel – **Diferentes formas de envelhecer...** [Em linha]. Disponível em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

ESO. European Stroke Organisation – **Recomendações para o tratamento do AVC Isquêmico.** [Em linha]. Heidelberg. 2008. [Consultado em 15 de Janeiro de 2012]. Disponível em WWW: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

EVANS, J. G. – **Proximal femoral fracture.** In: **Epidemiologie in Old Age.** [Em linha]. London: BMJ Publishing Group. P. 300-310. [Consultado em 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://w.turner-white.com/pdf/hp_apr02_femur.pdf

FERNANDES, Sílvia – **O Ensino Pré-Operatório na Pessoa Submetida a ATA.** Relatório Final do Mestrado de Reabilitação em Enfermagem, 2011. ESSV.

FILHO, E. T. de C. – **Geriatrics. Fundamentos, Clínica e Terapêutica.** Editora Atheneu. São Paulo, 2000. ISBN 85-7379-035-0

FORTIN, M, F. – **Fundamentos e Etapas do processo de Investigação.** Luso Didacta. Loures. 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREEMONT, A. J. – **Connective tissue disease.** In: **Geriatric Medicine and Gerontology.** [Em linha]. 6ª ed., p. 905-912, Edinbur: Churchill Livingstone. 2003. [Consultado em 15 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://www.google.pt/#hl=pt-PT&nfr=1&sa=X&ei=i0AXT7OeCMW08QOciJTtAg&ved=0CBsQBSgA&q=FREMONT,+A.+J.+%E2%80%93+Connective+tissue+disease.+In%3A+Geriatric+Medicine+and+Gerontology.+6%C2%AA+ed.,+p.+905-912,+Edinbur%3A+Churchil+Livingstone.+2003.&spell=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=46092454f5071827&biw=1024&bih=514

GOLDSTEIN, T. S. – **Treatment of common problems of the hip joint.** In: **Geriatric Orthopedics: Rehabilitative Management of Common Problems.** [Em linha]. 2 ed., Maryland: Aspen Publishers. p. 41-96, 1999. [Consultado em 15 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://trove.nla.gov.au/work/6087219&ei=1UQXT4qNLYiE8gOX473lAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CCwQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3DTreatment%2Bof%2Bcommon%2Bproblems%2Bof%2Bthe%2Bhip%2Bjoint.%2BIn:%2BGeriatric%2BOrthopedics:%2BRehabilitative%2BManagement%2Bof%2BCommon%2BProblems.%26hl%3Dpt-PT%26biw%3D1024%26bih%3D514%26prmd%3Dimvnsb>

GUIMARÃES [et al.] – **Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêuticos.** Revista Neurociências [Em linha]. Vol. 12, nº 35, p. 130-133, Jul/Set,

2004. [Consultado em 14 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.services.epm.br/dneuro/neurociencias/Neurociencias12-3.pdf#page=17>

HAINES, R. F. – **Effect of bed rest and exercise on body balance. Journal Applied Physiology.** [Em linha]. Vol. 36, p. 323-327. Março 1974. [Consultado a 19 de Janeiro de 2012]. Disponível

<http://md1.csa.com/partners/viewrecord.php?requester=gs&collection=TRD&recid=A7423746AH&q=http%3A%2F%2Fwww.csa.com%2Fpartners%2Fviewrecord.php%3Frequester%3Dgs%26collection%3DTRD%26recid%3DA7423746AH&uid=791429757&setcookie=yes>

HAREL, François – **Análise estatística dos dados.** In FoRTIN, Marie- Fabienne- O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2003. p. 269-304.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, I.P., Lisboa • Portugal, 2011. ISBN 978-989-25-0148-2

JARMEY, Chris – **Corpo em movimento: uma abordagem concisa.** [Em linha]. Barueri: Manole, 2008. [Consultado em 28 de Janeiro de 2012]. Disponível em pt.wikipedia.org/wiki/Femur.

LEITÃO, Maria Carlos e FREITAS, José Manuel Nóbrega Ferrira –**Apoio Domiciliário Interdisciplinar Integrado.** Madeira: Universidade Atlântica da Madeira 2007. p. 38. Relatório de Dissertação realizado no curso de pós-graduação de cuidados continuados de saúde, na Universidade Atlântica da Madeira.

LEWIS, R. & KAUFFMAN, T.L. – **considerações sobre fraturas. In: manual de Reabilitação Geriátrica.** T.L. Kauffman, ed., p. 290-294, Rio de Janeiro. 2001.

LIMA-COSTA, M^a Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana – **A situação socioeconomica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil?** Ciências e Saúde Coletiva, Vol.7, Nº 4, 2002, p. 813-824. – Brasil. ISSN 1413-8123

LIMA, Paula Alexandra Teixeira – **Contributo para a avaliação e adaptação de uma escala de medição do estado funcional (Escala de Barthel Modificada).** Alcoitão: Escola Superior de Saúde de Alcoitão, 1995. Monografia integrada na disciplina de temas aprofundados do 3º ano do Curso Superior de Fisioterapia, Apresentada à Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R.;KUSUMOTA, L. – **o idosos após acidente vascular cerebral. Alterações no relacionamento familiar.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Ribeirão preto. ISSN0104-1169,14:3 (2006) 364-71.

MARTINS, Maria Manuela; FERNANDES, Carla Sílvia – **Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca.** Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283.II Série, nº 11 (Dez 2009).

MARTINS, Rosa Maria – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu.** [Em linha] Tese de Doutoramento, 2004. [Consultada em 10 Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.ipv.pt/temaseresumos/essv7.pdf>.

MARTINS, Rosa M. Lopes; SANTOS, Ana C. Almeida – **Ser Idoso Hoje.** [Em linha] Instituto politécnico de Viseu, Nº 35, Novembro, 2008. ISSN 1647-662X. [Consultado em 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/10400.19/358>.

MARTINS, Teresa [et al.] – **A importância da Enfermagem de reabilitação no cuidar de idosos.** Pesquisa científica em Enfermagem de Reabilitação do 1º Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem de Reabilitação, 2007. ESSV.

MATSUDO, S. M. – **Avaliação do idoso: física e funcional.** [Em linha]. Londrina: Midiograf; 2009. [Consultado em 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em www.efdeportes.com/.../capacidade-e-incapacidade-funcional&hl=pt.

MOURA, Cláudia – **Século XXI, Século do Envelhecimento.** 1ª edição. Lusociência 2006. ISBN: 972-8930-34-8.

NÓBREGA, A. C. L.; FREITAS, E. V. & OLIVEIRA, M. A. B. – **Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso.** [Em linha]. Arquivos de Geriatria e Gerontologia. Vol. 4, p. 28-32. [Consultado em 18 de Janeiro de 2012]. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86921999000600002...sci...

NUNES, R. M. C. – **Sentimentos da pessoa idosa com incapacidade funcional.** Revista Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 18, nº 231 (Março, 2008).

OLIVEIRA, Maria Lúcia Pereira de; JASEN, Melânia Maria; ALMEIDA, Miriam de Abreu – **Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidados de enfermagem em Artroplastia total do quadril.** [Em linha]. Ver HCPA, Vol. 27, nº 2, 2007, p. 74-76. [Consultado 20 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28895/000633165.pdf?sequence=1>.

O’SULLIVAN, Susan B. ; SCHMITZ, Thomas J. – **Fisioterapia Avaliação e Tratamento.** Manole: Brasil, 2010. ISBN: 978-85-204-2630-2

PAIVA et al. – **Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos.** Cogitare Enferm., [Em linha]. Vol. 16, nº 1, Jan/Março, 2011, p. 22-28. [Consultado em 20 de Janeiro de 2012].

ISSN:1414-8536. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21107>

PAVARINI, Sofia [et al.]- **Avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde de família.** [Em linha] Projeto de iniciação científica PIBIC/CNPq-VFSCar – 2006. [Consultado em 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.buscaatual.co/articles/?id=2884keyword=>

PEREIRA, S. R. M. – **Repercussões Sócio-Sanitárias da “Epidemia” das Fraturas do Fêmur sobre a Sobrevivência e a Capacidade Funcional do Idoso.** [Em linha] Tese de Doutorado,2003. [Consultada a 4de Janeiro de 2012]. Disponível em [http://www](http://www.http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/pereirasrmd.pdf)

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN,S.; PERRACINI, M.; PY,L. A. O. & BARRETO, K. M. L. – **Quedas em idosos.** São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002. p. 405-414.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.** 4ªed. Revista aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde – **Fraturas da Extremidade Proximal do Fêmur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica.** Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2003. ISBN 972-675-088-1.

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde – **Orientação técnica sobre suplemento de cálcio e vitamina D em pessoas idosas.** Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2008.

RABELO, D.; NÉRI, A. –**Bem-estar subjectivo e Senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: revisão.** Estudos psicológicos. Natal. ISSN 1413-294X, 11:2 (2006) 169-77.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. –**Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso.** Brasil: Edições Manole, 2004.

RIBEIRINHO, O. – **Envelhecer em Portugal: Quando o Cuidador é um Homem,** Envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl e A.M. Fonseca (coord.), Lisboa (2005) Ed. Climepsi (pp.235-258).

RUBENSTEIN, L. Z. & RUBENSTEIN, L. V. – **Multidimensional Geriatric Assessment. In: Geriatric Medicine and Gerontology.** [Em linha] 5 Ed., Edinburgh: Churchil Livingstone, pp. 291-299. 2003.

<http://books.google.pt/books?id=WVRdJjOPYWC&pg=PT573&dq>

ROSA, Tereza Etsuko da Costa – **Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos.** [m linha]. São Paulo, Revista Saúde Pública, Vol. 37, nº1, 2003, p. 40-48.

[Consultado em 5 de Janeiro de 2012]. Disponível em www.scielo.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf.

SALGUEIRO, Hugo; LOPES, Manuel – **A dinâmica da família que cuida de um idoso dependente.** Revista Gaúcha de Enfermagem [Em linha]. Volume 31, Nº 1. Porto Alegre. Março 2010. [Consultado em 27 de Janeiro de 2012]. ISSN 1983-1447. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000100004>

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina lost – **Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.** [Em linha]. Revista Electrónica Enfermagem. Vol. 13, nº 2, Abr/Jun, 2011, p. 361-367. [Consultado em 20 de Janeiro de 2012] Disponível em www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a24.pdf.

SANTOS, [et al] – **Instrumentos de Medida Úteis no Contexto de Avaliação em Fisioterapia.** [Em linha]. Associação Brasileira de Medicina Física e reabilitação, junho 2006, p. 138. [Consultado em 29 de Janeiro 2012]. Disponível em www.projetodiretrizes.org.br/5-volume/18-espaticidade.pdf.

SAPETA, Ana Paula – **A família face ao doente terminal hospitalizado – o caso particular do HAL.** Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-7695, 1 (2000) 3-16.

SERGIO, J. Silveira – **Fundamentos de Orto-Traumatologia, para técnicos de saúde.** Loures: Lusodidacta, 2005. ISBN: 972-8383-97-5

SERRA, Luís M. Alvim – **Critérios fundamentais em fraturas e ortopedia.** 2ª edição. Lidel. Lisboa, 2001. ISBN – 978-972-757-102-4

STANHOPE, Marcia ; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** 1.ª ed. Lisboa : Lusociência, 1999. em 28 de ISBN 972-8383-05-3. p. 492-514.

TAPADINHAS, Mario, [et al.] – **Utilização do componente acetabular impactado por pressão com polietileno altamente reticulado na artroplastia total da anca. Estudo premiliar de 116 casos com um seguimento mínimo de 3 anos.** Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. Lisboa. ISSN 1636-2122. Vol. 14, Fascículo I (2006).

TINETTI, M. E., WILLIAMS, C. S., - **Falls, injuries to falls, and the risk of admission to a nursing home.** New England Journal of Medicine, 337: 1279-1284

REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva – **Fisioterapia Geriátrica: A Prática de Assistência ao Idoso**. 2ª ed. Ampl..Barueri, SP: Manole, 2011. ISBN: 978-85-2042562-6.

REBELO, Domingos Soares – **Dicionário de Língua portuguesa Contemporânea**. Editorial verbo, 2º Volume, 2001.


YANG, Y., GEORGE, L, K. – **Functional disability: disability transitions and depressive symptoms in late life**. J. Aging Health, Vol. 17, 2005. P. 263-292. . [Consultado em 29 de Janeiro de 2012]. Disponível em www.efdeportes.com/.../capacidade-e-incapacidade-funcional&hl=pt.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização para aplicação do questionário

Aos Exmos. Directores do Serviço e do chefe
 do Serviço de Ortopedia, para
 s. informarem acerca do aplicação
 do questionário a aplicar
 em 30/11/11



IPV - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Cassilda Neves
 Cassilda Neves
 Enfermeira Directora

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
 3500-843 VISEU
 Telf. 232 419 100
 Telem. 961 011 800
 Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
 Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
 Av. Rei D. Duarte
 3504-509 VISEU

Autorizado
 16/12/2011
Cassilda Neves
 Enfermeira Directora

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 1208	Data: 10/11/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Maria Fernanda Pereira Mesquita do 2º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Incapacidade Funcional dos Idosos após Fractura do Fémur".

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de 14 de Novembro a 31 de Dezembro de 2011.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora Rosa Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

Hospital de São Teotónio - Viseu

Secretariado da Administração

Documento nº 2246

Entrada 15/11/2011 W

Saida 1,12,2011 Q (1)

16/12/2011

Secretaria Costa

Reformação

Concorda-se que se autorize a recolha de dados pretendido.

O Prof. chefe de ORT. II

2733

 Professor Doutor Carlos Pereira

CA/AL

Site: <http://www.essv.ipv.pt> • E-mail Geral: essvgeral@essv.ipv.pt • E-mail Secretaria: servicoacademicos@essv.ipv.pt



Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE



Ex. Senhor:
 Presidente da Escola Superior de Saúde
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
 3500-843 Viseu

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

Ofício nº 1208 Data 10/11/11
 Processo: 70

16/12/2011

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados**

Com referência ao assunto mencionado em epígrafe, e após audição dos responsáveis dos serviços, somos a informar V^a Ex.^a que **se autoriza** a realização da referida colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos, *Cassilda*

A Enf.^a Directora

(Cassilda Neves)

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Colheita de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



II CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

QUESTIONÁRIO

ESTUDO INCAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS APÓS FRACTURA DA
EXTREMIDADE SUPERIOR DO FEMUR

NOTAS DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se conhecer a caracterização sócio-demográfica e familiar dos idosos após fratura do fémur, e avaliar a importância da reabilitação no aumento da independência funcional destes idosos;
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As respostas serão apenas lidas e analisadas pela equipa que realiza o estudo, não sendo utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessária identificação, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigada pela sua colaboração

SECÇÃO A- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal.

- 1- Idade _____ 2 - Sexo: Masculino Feminino
- 3- Local de residência: Rural Urbano
- 4- Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de facto
- 5- Habilitações literárias:
- Não sabe ler nem escrever 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano de escolaridade) Ensino Secundário (12º Ano de escolaridade)
- Ensino Superior
- 6- Com quem vive: Sozinho(a) Acompanhado(a) Se acompanhado com quem? _____
- 7- Tem apoio centro de dia/ enfermeiras centro de saúde / paroquia/vizinhos: Sim Não
- Se Sim, quantos dias por semana? _____
- 8- Situação económica: 200€/400€ 450€/1000€ 1050€/1500€ Mais 1500€

SECÇÃO B – VARIÁVEIS CLINICAS

Por favor, responda apenas às questões que tem conhecimento.

- 1- Tempo decorrido entre a fractura e a cirurgia _____ dias
- 2- Local da fractura: Colo do fémur Trocantérica Subtrocantérica
- 3- Tipo de cirurgia:
- Fixação da fractura com parafusos
- Fixação da fractura com placa e parafusos (DHS)
- Fixação com haste intramedular e parafusos (encavilhamento)
- Artroplastia total do quadril
- Artroplastia parcial do quadril
- 5- Reabilitação: Sim Não Se Sim, quantas sessões? _____

SECÇÃO D – AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL – INDICE DE BARTHEL MODIFICADO (Versão Portuguesa de Paula Lima 1995)

INDICE DE BARTHEL MODIFICADO			
NÍVEL DE AUTONOMIA PESSOAL	“Pode por si próprio”	“Pode com ajuda”	“Não pode”
1-Beber por uma chávena	4	0*	0
2-Comer	6	0*	0
3-Vestir a parte superi. do corpo	5	3	0
4-Vestir a parte inferi. do corpo	7	4	0
5-Colocar cinto ou suspensórios	0	-2	(não aplicável)
6-Toalete pessoal	5	0*	0
7-Lavar-se ou tomar banho	6	0*	0
8-Controlo da urina	10	5(acidente)	0(incontinente)
9-Controlo dos intestinos	10	5(acidente)	0(incontinente)
Sub-Total			
NÍVEL DE MOBILIDADE	“Pode por si próprio”	“Pode com ajuda”	“Não pode”
10-Sentar-se e levantar-se da cadeira	15	7	0
11-Sentar-se e levantar-se da sanita	6	3	0
12-Entrar e sair da banheira ou duche	1	0*	0
13-Andar 50 metros em piso plano	15	10	0
14-Subir e descer um lanço de escadas	10	5	0
15-Se não andar , impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)
Sub-Total			
Total			

O preenchimento do questionário terminou.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Tese de mestrado sob orientação da Sr.^a Professora Doutora Rosa Maria

Lopes Martins, da Escola Superior de Saúde de Viseu.