



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur

Leonor Rodrigues Dias

Coimbra, outubro de 2012



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur**

Leonor Rodrigues Dias

Orientador: Mestre, Carlos Alberto Cruz Oliveira, Professor na Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: Mestre, Virgílio Cruz Conceição, Professor na Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, outubro de 2012

A enfermagem de reabilitação tem um longo caminho a percorrer, com muito esforço e persistência demonstrará o seu valor na arte de reabilitar

Dedico este trabalho à minha filhota Sara

## **AGRADECIMENTOS**

Neste espaço iremos expressar o nosso agradecimento a todos aqueles que vivenciaram e contactaram com a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, queremos agradecer ao nosso Coorientador Professor Virgílio Conceição e ao Orientador Professor Carlos Oliveira, por todo o acompanhamento e disponibilidade dispensados ao longo da elaboração deste trabalho.

Em especial, aos meus pais pois sem a sua colaboração teria sido quase impossível completar esta caminhada.

Aos nossos familiares, colegas e amigos que direta ou indiretamente vivenciaram a nossa caminhada. Em especial à colega Helena Valinha, parceira de todos os momentos ao longo desta caminhada.

De igual modo queremos expressar o nosso agradecimento a todos os inquiridos, que acederam colaborar neste estudo, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

## **LISTA DE SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIVQ - Atividades Instrumentais de Vida Quotidiana

AIVD - Atividades Instrumentais da vida Diária

AVD - Atividade de Vida Diária

AVDs – Atividades de Vida Diária

DHS- Dynamic Hip Screw

EPE – Empresa Pública Empresarial

IMC – Índice massa corporal

HSA – Hospital de Santo André

m- metro

Pág. – Página

rs – Valor de correlação de Spearman

p – Significância

U – Teste de Mann-Whitney

## **RESUMO**

As fraturas do colo do fêmur, são um dos problemas músculo esqueléticos mais comuns na pessoa idosa, constituem um problema a nível mundial com consequências no sistema de cuidados de saúde e na pessoa individualmente e conduzem ao aumento da dependência da pessoa nas atividades de vida diária (AVDs).

Assim, com o presente estudo pretendemos avaliar o grau de dependência da pessoa após fratura do colo do fêmur aquando da alta hospitalar, bem como analisar alguns fatores que poderão estar relacionados com a dependência da pessoa, conhecer as alterações funcionais e evidenciar a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no processo de reabilitação da pessoa.

Para atingir estes objetivos, procedemos à realização de um estudo de natureza quantitativa, com características descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística constituída por trinta indivíduos que cumpriram cumulativamente os seguintes critérios: doentes internados nos serviços de Ortopneumatologia do Hospital de Santo André EPE- Leiria, com fratura do colo do fêmur e sem deterioração intelectual grave na escala de Pfeiffer.

Como instrumento de colheita de dados utilizamos o questionário composto por questões que nos permitem resultados que caracterizam a amostra, e pelas seguintes escalas: Índice de Barthel, Escala de Apoio Social e Escala de avaliação cognitiva de Pfeiffer. Os resultados obtidos permitem-nos concluir que as pessoas com melhor função cognitiva apresentam menor dependência nos itens do Índice de Barthel: alimentação; higiene pessoal; uso do sanitário e transferências e no total do Índice de Barthel. Quanto ao apoio social constatamos que as pessoas com menor dependência no banho apresentam menor necessidade de apoio instrumental e apoio total, as pessoas com maior dependência no uso do vaso sanitário expõem maior necessidade de apoio emocional, e as que apresentam maior dependência nas dejeções, maior necessidade de apoio informacional.

**Palavras-chave:** Fratura, colo do fêmur, dependência, AVDs.

## **ABSTRACT**

Fractures of the femoral neck are one of the most common musculoskeletal problems in the elderly and they are a worldwide problem with consequences on the health care system and on the individual person and they lead to increased dependency in AVDs.

Thus, the present study aims to assess the degree of dependency of the person with femoral neck fracture after leaving the hospital, to analyze some factors that may be related to this dependency, to identify the functional changes of the person and to highlight the need for nursing rehabilitation.

To achieve these objectives, we carried out a quantitative study, with descriptive and correlational characteristics, with a non-probabilistic sample consisting of thirty people who have completed all the following criteria: patients in the Ortopneumatologia services in the Hospital de Santo André EPE-Leiria with fracture of the femoral neck and a cognitive assessment to cognitive deterioration in moderate scale Pfeiffer.

As data collection instrument, we used a questionnaire consisting of questions, whose results allow us to characterize the sample, and the following scales: Barthel Index, Social Support Scale and cognitive assessment scale of Pfeiffer.

From the results, it was concluded that people with better cognitive function have lower dependence on the Barthel Index items: food; personal hygiene and situation in urination and use of transfers in total Barthel Index. Concerning the social support, we realized that people with less dependence in the shower have less need for instrumental support and full support, people more dependent on the situation of urination have greater need of emotional support, and those with more dependence on stools, have greater need of informational support.

**Keywords:** Fractures, femoral neck, dependency, AVDs.

## ÍNDICE DE QUADROS

	PÁG.
Quadro I – Índice de Barthel .....	61
Quadro II – Escala do Apoio Social .....	63
Quadro III - Distribuição dos elementos da amostra segundo características socio demográficas.....	67
Quadro IV - Caracterização dos elementos da amostra segundo a Idade e Sexo .....	68
Quadro V – Caracterização dos elementos da amostra segundo o Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (I.M.C).....	68
Quadro VI - Caracterização dos elementos da amostra segundo classificação de acordo com índice de massa corporal.....	69
Quadro VII - Distribuição dos elementos da amostra segundo as patologias associadas antes da fratura.....	69
Quadro VIII - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com quem habita .....	70
Quadro IX - Distribuição dos elementos da amostra segundo as condições habitacionais .....	70
Quadro X- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com a deambulação no domicílio.....	71

Quadro XI- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com fator desencadeante da fratura.....	71
Quadro XII- Distribuição dos elementos da amostra segundo as lesões associadas aquando da fratura.....	71
Quadro XIII- Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de lesões associadas aquando da fratura .....	72
Quadro XIV- Distribuição dos elementos da amostra segundo tipo de imobilização ....	72
Quadro XV- Distribuição dos elementos da amostra segundo tipo de complicações durante o internamento.....	72
Quadro XVI- Distribuição dos elementos da amostra segundo destino após a alta .....	73
Quadro XVII- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o cuidador de referência no domicílio.....	73
Quadro XVIII- Distribuição dos elementos da amostra segundo o apoio no domicílio no domicílio.....	73
Quadro XIX- Distribuição dos elementos da amostra segundo a avaliação cognitiva (Escala de Pfeiffer) .....	74
Quadro XX- Distribuição dos elementos da amostra segundo a avaliação funcional (índice de Barthel).....	75
Quadro XXI - Distribuição dos elementos da amostra segundo o grau de independência por grupo .....	76
Quadro XXII - Caracterização dos elementos da amostra quanto ao grau de independência .....	76
Quadro XXIII- Caracterização dos elementos da amostra quanto ao apoio social .....	76

Quadro XXIV - Resultados da aplicação do teste de Shapiro-Wilk a cada item do índice de Barthel .....	77
Quadro XXV- Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney a cada item do índice de Barthel consoante o sexo dos inquiridos .....	78
Quadro XXVI - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e a idade.....	79
Quadro XXVII - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e o índice de massa corporal.....	80
Quadro XXVIII - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e a função cognitiva .....	81
Quadro XXIX - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de spearman a cada item do índice de barthel e cada dimensão do apoio social .....	83

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1- FRACTURAS DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FEMUR</b> .....	19
1.1 - FRACTURA DO COLO DO FEMUR .....	22
1.2 – DEPENDÊNCIA DA PESSOA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA .....	30
<b>1.2.1 – Atividades de vida diária</b> .....	33
<b>1.2.2 – Alterações nas atividades de vida diária</b> .....	35
<b>1.2.3– Avaliação funcional no auto cuidado</b> .....	35
1.3- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	37
<b>2 - APOIO SOCIAL</b> .....	43
2.1- AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL.....	46
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	
<b>1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	51
1.1- TIPO DE PESQUISA .....	52
1.2- POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	53
1.3- VARIÁVEIS .....	54
1.4- HIPÓTESES .....	55

1.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS -----	56
<b>1.5.1 – Procedimentos formais e éticos -----</b>	<b>64</b>
1.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO-----	64
<b>2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS-----</b>	<b>67</b>
2.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA -----	67
2.2- ANÁLISE INFERENCIAL -----	77
<b>3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS-----</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÃO -----</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAFIA -----</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I - PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO III- CONSENTIMENTO INFORMADO	
ANEXO IV- DEFERIMENTO FAVORÁVEL DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	

## **INTRODUÇÃO**

As fraturas do colo do fémur, são um dos problemas músculo esqueléticos mais comuns na pessoa idosa e contribuem para o aumento da dependência da pessoa nas atividades de vida diária (AVDs).

As fraturas constituem um problema a nível mundial com consequências no sistema de cuidados de saúde e no doente individualmente, sendo frequentemente causadas por quedas nos adultos idosos com osteoporose. A maioria dos casos requer internamento hospitalar, intervenção cirúrgica e reabilitação a longo prazo (Eastwood segundo Holzer e Holzer, 2008).

Em 1990, ocorreram 1,7 milhões de fraturas da extremidade proximal do fémur em todo o mundo (Who Study Group segundo Direção Geral da Saúde, 2003). Com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, o número destas fraturas tem vindo a aumentar, calculando-se que, em 2050, se atinjam os 6,26 milhões (Melton, 1993). Segundo dados do Ministério da Saúde referenciados pela Direção Geral da Saúde (2003), só em Portugal entre 1993 e 1997, foram internados em hospitais públicos (exceto Madeira e Açores), anualmente, em média, 7000 pessoas com idade superior a 50 anos.

Segundo um estudo realizado em Portugal através da base de dados do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, no período de 2000 a 2002, as fraturas de baixo impacto, em indivíduos com mais de 50 anos ocorrem maioritariamente no colo do fémur e não noutras localizações, geralmente encontram-se associadas a uma situação de osteoporose, com um custo médio por internamento de 4100 euros. Os resultados mostram que este tipo de fratura é mais frequente em mulheres, e crescem exponencialmente com o aumento da idade (Alves, Pina e Barbosa, 2007).

Um estudo realizado por Branco, Felicíssimo e Monteiro (2009) refere que em Portugal, ocorrem anualmente mais de 9500 fraturas da extremidade proximal do fémur, um número que tem vindo a aumentar e que é acompanhado do aumento das taxas de refratura e de mortalidade, sendo estas fraturas provocadas por um trauma ligeiro de baixa energia e uma das consequências mais graves da osteoporose.

Por estas razões e pela nossa vivência profissional com pessoas deste foro, surge a questão: Qual a capacidade funcional da pessoa vítima de fratura do colo do fémur aquando da alta hospitalar?

Assim, sentimos necessidade de conhecer a capacidade funcional da pessoa na realização das AVDs após a fratura do colo do fémur, direcionando a nossa pesquisa para o tema deste trabalho: “Avaliação Funcional da Pessoa Pós Fratura Colo Fémur”.

Pretendemos com a elaboração deste trabalho conhecer a dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur aquando da alta hospitalar, pois, de acordo com os dados relativos às fraturas do colo do fémur apresentados anteriormente, e perante a realidade diária no exercício das competências de enfermagem, consideramos pertinente o conhecimento da dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur, suas repercussões e suas implicações sociais na vida da pessoa.

A intervenção da enfermagem de reabilitação com o delinear de ações que maximizem a funcionalidade e o desenvolvimento das capacidades da pessoa, poderá contribuir para a diminuição da dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur nos Serviços de Ortopedia/Traumatologia.

Assim, com o conhecimento da dependência da pessoa pretendemos desenvolver uma filosofia de cuidados que vise a autonomia da pessoa e contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados e, em função das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolver ações de forma a obter ganhos na independência da pessoa nas suas atividades de vida diária.

Consideramos que o conhecimento das necessidades da pessoa idosa pós fratura colo fémur aquando da alta, poderá contribuir para dar respostas adequadas às necessidades da pessoa. Baixinho (2008) num estudo realizado, constatou que a maioria das pessoas idosas com fratura do colo do fémur não consegue recuperar a independência para a realização das atividades de vida diária e que a capacidade da marcha é a mais afetada.

Neste estudo optamos por um estudo de investigação quantitativo, com um método descritivo e correlacional, pois pretendemos obter informações acerca das características da população e examinar as relações entre as variáveis (Fortin, 2003).

Pretendemos uma avaliação da dependência da pessoa idosa pós fratura do colo do fémur aquando da alta hospitalar nos serviços de Ortopedia/Traumatologia no HSA- Leiria EPE. Relativamente ao instrumento de colheita de dados optamos pelo questionário com aplicação de várias escalas, nomeadamente a Escala de Pfeiffer (Andrade, 2008),

Índice de Barthel (Lobo e Pereira, 2007) e a Escala de Apoio Social de Matos e Ferreira (Matos e Ferreira, 2000).

Para a concretização deste estudo, delineamos os seguintes objetivos:

- Identificar a funcionalidade da pessoa pós fratura do colo do fémur aquando da alta hospitalar;
- Analisar alguns fatores que poderão estar relacionados com a dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur;
- Evidenciar a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no processo de reabilitação da pessoa pós fratura do colo do fémur.
- Elaborar um plano de intervenção de reabilitação à pessoa pós fratura do colo do fémur.

Com o propósito de atingirmos estes objetivos procuramos seguir e respeitar determinados procedimentos científicos. Deste modo, estruturamos este trabalho em dois capítulos: o primeiro onde efetuamos o enquadramento teórico, a partir de uma atitude refletiva, sobre os conceitos básicos relacionados com a temática em causa, tais como: fraturas da extremidade proximal do fémur, fratura do colo do fémur, dependência da pessoa nas atividades de vida diária, alterações nas AVDs, avaliação funcional no autocuidado, intervenção da enfermagem de reabilitação e apoio social. O segundo capítulo, onde efetuamos a descrição da metodologia adotada, com referência ao tipo de pesquisa, identificação da população/amostra, hipóteses, variáveis, descrevi o instrumento de colheita de dados, abordamos as questões éticas de investigação e apresentamos o tratamento estatístico.

Posteriormente, inserido neste capítulo, apresentamos a análise dos dados onde caracterizamos a nossa amostra bem como apresentamos os dados resultantes dos testes de hipóteses.

Terminamos com as conclusões emergentes dos dados encontrados e a discussão dos resultados decorrentes da reflexão efetuada.

Pretendemos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa pós fratura do colo do fémur, e para melhor dar resposta às necessidades da pessoa pós fratura do colo do fémur sugerimos uma proposta de intervenções de reabilitação.

Constatamos que as pessoas com melhor função cognitiva apresentam menor dependência e que a necessidade de apoio social é menor nas pessoas menos dependentes.



PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## **1- FRACTURAS DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FEMUR**

Na extremidade proximal do fêmur, são vários os tipos de fraturas que podem ocorrer de acordo com a sua localização. Segundo Serra (2001) estas fraturas ocorrem em três zonas anatómicas distintas: colo do fêmur, região trocantérica e zona subtrocantérica.

Este tipo de fratura é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade nos idosos, é o motivo da grande parte das cirurgias e ocupação de camas nos serviços de traumatologia. Normalmente tem consequências catastróficas na vida da pessoa, com grandes implicações no seu bem-estar físico, psíquico e social. Esta representa um enorme peso socioeconómico para os serviços de saúde, sendo uma causa frequente da institucionalização permanente (Cunha e veado, 2006). Conduz a perda de independência funcional, alteração da dinâmica familiar com sobrecarga dos cuidadores e elevados custos económicos para a sociedade (Preto *et al*, 2011)

Segundo a Direção Geral da Saúde (2003) as fraturas da extremidade proximal do fêmur são consideradas todas as fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fêmur e distalmente por um nível situado cinco centímetros abaixo do limite inferior do pequeno trocânter. Neste segmento, podem existir três tipos de fraturas:

- Trocantéricas - localizadas na área limitada acima pela linha intertrocantérica e, abaixo, pelo limite distal do pequeno trocânter.
- Do colo - localizadas entre a cabeça e a área trocantérica. Estas subdividem-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais.
- Subtrocantéricas - ocorrem no segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível cinco centímetros abaixo dele.

Estas fraturas ocorrem normalmente na população com idade superior a 65 anos, com um pico médio de incidência nos 80 anos de idade, sendo o sexo feminino mais atingido que o masculino, numa relação de 3:1. Neste grupo etário, as fraturas são resultantes de um traumatismo mínimo ou moderado, normalmente consequência de queda, sobre osso fragilizado, osteoporótico (Direção Geral da Saúde, 2003).

A maioria destas fraturas ocorre nos países ocidentais, nomeadamente na Europa e Estados Unidos, no entanto, espera-se um aumento deste tipo de fraturas noutros países

devido a mudanças demográficas na sua população (De Laet, Pols segundo Alves, Pina e Barbosa, 2007).

Delisa *et al.* (2002) referem-se a fraturas do quadril, segundo estes autores, estas dividem-se em três categorias de acordo com a área anatómica em que ocorrem, e são normalmente resultantes de queda, assim, temos:

- Fraturas intracapsulares, localizam-se distalmente à cabeça do fémur e proximais ao grande e pequeno trocânter;
- Fraturas subtrocantéricas, estas ocorrem abaixo do pequeno trocânter e são responsáveis por 5 a 10% das fraturas do quadril;
- Fraturas intertrocantéricas e do colo do fémur, estas constituem 90% das fraturas do quadril.

Segundo estudos feitos, os índices de mortalidade e de morbilidade associados a estas fraturas são elevados, apenas 50% dos doentes recuperam a sua função anterior, e ao fim de 6 meses, 17 a 30% dos doentes vêm a falecer (Direção Geral da Saúde, 2003).

Os custos diretos e indiretos são elevados, assistindo-se na maioria dos países a um esforço na sua contenção e na otimização dos cuidados, através da diminuição dos tempos de internamento e de uma programação concertada da reabilitação. Portugal não é exceção, pelo que, se verifica em alguns serviços hospitalares, uma preocupação em diminuir os tempos de internamento e em instituir protocolos multidisciplinares para o tratamento e reabilitação dos doentes com este tipo de fraturas (Direção Geral da Saúde, 2003).

Verifica-se um aumento da incidência destas fraturas em indivíduos mais jovens, normalmente vítimas de trauma de alta energia, em acidentes de viação ou desportos radicais, frequentemente associados a outras lesões graves. Normalmente as estratégias de tratamento das fraturas destes doentes são diferentes das utilizadas em doentes idosos (Chainça, Rebelo e Almeida, 2009).

Segundo os mesmos autores, a elevada incidência destas fraturas, aliada ao envelhecimento crescente da nossa população, realça a importância deste problema, não só pelas implicações individuais, como pelos reflexos sociais que o seu processo terapêutico encerra e a que urge saber dar resposta. O tratamento destas fraturas tem vindo a ser cada vez mais rápido e eficaz, reduzindo o tempo de internamento do idoso, facilitando o seu regresso ao meio familiar, no entanto, estas fraturas constituem uma importante causa de dependência nas atividades de vida diária.

O risco de morte após estas fraturas aumenta nos primeiros 6 a 12 meses após a fratura, a taxa de morbidade após um ano varia de 14 a 36%, o aumento da morbidade encontra-se associado a pessoas idosas com problemas psiquiátricos, institucionalização, intervenção cirúrgica antes da estabilização de condições médicas coexistentes, distúrbios mal controlados e complicações cirúrgicas (Delisa, 2002)

O principal objetivo do tratamento destas fraturas é o rápido retorno da pessoa ao seu nível de funcionalidade anterior, mas nem sempre a pessoa idosa readquire o mesmo grau de mobilidade, assim, nestas situações é fundamental obter a deambulação e evitar a imobilização no leito (Chainça, Rebelo e Almeida, 2009).

Atualmente nas intervenções cirúrgicas utilizam-se materiais que proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção. Para que a recuperação funcional máxima seja possível, são necessárias outras medidas, para além de uma cirurgia eficaz, nomeadamente as que previnem as complicações pós fratura e pós cirurgia e mantenham a pessoa na melhor condição física possível. Uma abordagem multi-interdisciplinar no internamento, que proporcione as condições necessárias para a reabilitação da pessoa e o seu rápido retorno ao nível funcional anterior ou ao nível funcional máximo, reduzirá os efeitos desta patologia (Direção Geral da Saúde, 2003).

A Direção Geral da Saúde (2003) propõe algumas recomendações para a intervenção dos profissionais que têm como objetivos, além da uniformização de procedimentos, a otimização dos resultados funcionais, com a diminuição do tempo de internamento e dos custos.

No entanto, a proporção de pessoas com alta hospitalar para casa após fratura do quadril varia de 40 a 90%, pois muitos permanecem institucionalizados. Os fatores associados à institucionalização permanente devem-se à necessidade de assistência nas AVD's, idade superior a 80 anos, falta de envolvimento dos familiares, reabilitação insuficiente em instituições de recuperação (Delisa, 2002).

Rocha *et al.*(2001) concluíram que a prevenção das doenças associadas e as medidas para evitar acidentes domésticos em idosos são procedimentos efetivos e pouco dispendiosos, para diminuir a incidência e o impacto social destas fraturas, pois o conhecimento e a prevenção dos fatores de risco evitariam a maior parte das situações de fratura.

Após esta abordagem das fraturas da extremidade proximal do fémur, iremos abordar especificamente as fraturas do colo do fémur, pois o nosso trabalho incide

especificamente sobre este tipo de fraturas, pois são as mais frequentes, como refere Delisa (2002) constituem 90% das fraturas do quadril.

### 1.1 - FRACTURA DO COLO DO FEMUR

São fraturas que se localizam na região compreendida entre uma linha rasante à base da cabeça do fémur e a linha basicervical, o traço de fratura é intracapsular, existe um grande risco de necrose da cabeça do fémur, devido ao comprometimento da sua vascularização. Estas fraturas surgem em pessoas idosos, geralmente mulheres, que sofreram uma queda, por vezes ligeira (Proença *et al.*, 2008).

Este tipo de fraturas é frequente em pessoas de idade avançada, vindo normalmente, agravar a dependência da pessoa, muitas vezes já existente antes da fratura. Segundo dados apresentados pela Direção Geral da Saúde (2003) os índices de mortalidade e de morbilidade associados a estas fraturas são elevados, apenas 50% das pessoas retomam a funcionalidade anterior.

A demência senil é uma comorbilidade comum em pessoas com fratura do colo do fémur, estando presente em cerca de 20% dos casos. Esta é um fator de risco pós fratura, no que se refere a mortalidade, morbilidade e mau resultado funcional. A artroplastia face à fixação interna apresenta melhor relação relativamente ao índice de mortalidade, evolução pós-operatória e situações de reoperação (Guimarães *et al.*, 2007).

A mortalidade pós-operatória é alta, esta acontece tanto nas pessoas submetidos a artroplastia como nos submetidos a osteossíntese. A osteossíntese, por ser um procedimento de menor porte, mais rápido e com menor perda sanguínea, deve ser o tratamento de escolha, desde que se consiga uma boa redução incruenta. Caso não consiga boa redução, deve ser indicada a prótese parcial do quadril (Guimarães *et al.*, 2007).

O risco de fratura do colo do fémur aumenta em 100% em cada 10 anos acima dos 50 anos. A maioria dos idosos não consegue recuperar a independência na realização das atividades de vida diária. A mortalidade aumenta entre 10-35% no primeiro ano após a fratura, associada aos inconvenientes da imobilidade, reinternamentos e gastos em saúde (segundo Baixinho, 2008 referenciando Zuckerman, 2000; Lin e Chang, 2004).

Após a fratura (e cirurgia) a capacidade de marcha é a mais afetada, condicionando uma vida independente (Ingemarsson *et al.*, 2003). Vários autores referem que o

investimento em cuidados de reabilitação que promovam o auto cuidado, ensino e treino de atividades de vida diária no intra hospitalar são fundamentais para contrariar esta tendência (Baixinho, 2008 referenciando Williams *et al.*, 1994; Hesbeen, 2000; Taggart, 2001; Reis *et al.*, 2007).

Os estudos epidemiológicos sugerem que na fratura do colo do fémur a idade média da mulher é superior à do homem (Rocha *et al.*, 2001; Alves, Pina e Barbosa, 2007).

Este tipo de fraturas é mais comum em pessoas idosas. A média de idades nas mulheres é de 75 a 80 anos, nos homens é de 70 a 75 anos. A fratura ocorre quatro a cinco vezes mais frequentemente nas mulheres que nos homens. Uma das explicações é a maior quantidade de mulheres que homens nessa faixa etária, outro fator refere-se a diferenças biomecânicas (o eixo transversal da pelve é maior nas mulheres que nos homens), no entanto a principal explicação dessa diferença é a osteoporose hormonal e a de desuso (Schwartzmann e Boschini, 2003).

Segundo Hoppenfeld e Murthy (2001) estas fraturas são espontâneas, ou causadas por traumatismo de baixa energia, surgem devido a osteoporose que causa enfraquecimento no osso cortical e trabecular do colo do fémur, predispondo essa região à fratura. Nos doentes mais jovens é necessário traumatismo de alta energia para causar a fratura, e é comum que o deslocamento da fratura e os danos à irrigação sanguínea sejam maiores.

Rocha *et al.*, (2001) no seu estudo concluíram que o mecanismo predominante da fratura foi a queda da própria altura (73,53%), também Cunha e Veado (2006) referem que cerca de 90% das fraturas da extremidade proximal do fémur são secundárias a quedas, cuja etiologia é usualmente multifatorial, consistindo numa combinação de comorbidades clínicas, neuro psíquicas, uso de drogas e fatores ambientais. Neste estudo foram identificados vários fatores de risco como possíveis causadores de quedas, designadamente défice visual, alteração da marcha e do equilíbrio, défice cognitivo e uso de drogas, particularmente as cardiovasculares e as psicotrópicas.

Hoppenfeld e Murthy (2001) referem que aquando de uma queda que causa fratura do colo do fémur em pessoas com osteoporose podem ocorrer outras fraturas, nomeadamente, fraturas do punho, ombro e costelas.

Schwartzmann e Boschini (2003) referem que na pessoa jovem este tipo de fratura é resultado de uma força direta na diáfise do fémur, que se dissipa no colo do fémur com ou sem rotação. Também pode ser causada por um trauma direto sobre o grande trocânter. Normalmente na pessoa idosa, o trauma decorre de uma força mínima

rotacional lateral, como por exemplo, tropeçar no chinelo ou no tapete. Muitos acreditam que a fratura possa ocorrer mesmo sob esforço considerado fisiológico, sendo difícil diferenciar se a pessoa caiu porque fraturou ou se fraturou porque caiu.

As fraturas do colo do fêmur, apresentam várias classificações de acordo com os vários autores, que passamos a descrever.

Estruturalmente Canale (1998) classifica-as 1) fraturas impactadas, 2) fraturas não descoaptadas, e 3) fraturas descoaptadas. Etiologicamente existem ainda as 1) fraturas por stress, 2) fraturas patológicas e 3) fraturas pós radioterapia.

A classificação mais frequente das fraturas descoaptadas é a de Garden, baseada no grau de deslocamento.

Macedo e Galia (1998), mencionam que, segundo Garden, existem quatro tipos de fraturas do colo do fêmur, de acordo com os diferentes estágios no mesmo movimento do fragmento cefálico, durante a ação das forças que determinam a fratura do colo. Procura relacionar cada estágio com o grau de instabilidade e sofrimento vascular da cabeça do fêmur. Assim dividem-se em:

- Tipo I - incompleta ou compactada;
- Tipo II - completa sem deslocamento;
- Tipo III - completa com deslocamento parcial;
- Tipo IV - completa com importante deslocamento.

Macedo e Galia (1998) classifica as fraturas do colo do fêmur:

- Quanto à estrutura, em impactadas, não deslocadas e deslocadas;
- Quanto à causa, em traumáticas, por sobrecarga e patológicas.

Os mesmos autores abordam a classificação das fraturas segundo vários autores, que se passa a descrever.

Pauwels segundo Macedo e Galia (1998) classifica estas fraturas quanto à inclinação do traço da fratura, esta classificação é baseada no raciocínio teórico unidimensional, acreditava que os traços mais verticais causavam maior força de cisalhamento e maior número de falhas, estes conceitos são criticados porque não consideravam a obliquidade e cominuição posterior do colo fêmur. Classifica as fraturas em três tipos:

- Tipo I – ângulo  $<30$ ;
- Tipo II – ângulo de 30 a 50;
- Tipo III – ângulo  $>50$ .

A classificação internacional considera o local e o deslocamento da fratura e procura relacionar o tipo com o prognóstico, além de classificar as fraturas do colo do fêmur em:

- B1 subcapital, sem ou com mínimo deslocamento;
- B2 transcervical;
- B3 subcapital deslocada.

Schwartzmann e Boschini (2003) aborda resumidamente as três classificações clássicas das fraturas do colo do fêmur já focadas anteriormente, de acordo com a localização, ângulo e deslocamentos da fratura.

Quanto à localização as fraturas podem ser classificadas em subcapital, mediocervical e basocervical.

Quanto ao ângulo da fratura, os autores abordam a classificação descrita por Pauwels, que mede o ângulo da fratura com o plano horizontal. À medida que o ângulo da fratura aumenta do tipo 1 ao tipo 3, a obliquidade do traço de fratura aumenta. Teoricamente, quanto maior a obliquidade, pior será o prognóstico, no entanto, a maioria dos autores não conseguiu relacionar o ângulo desfavorável a um pior prognóstico.

Quanto ao deslocamento dos topos ósseos da fratura abordam a classificação de Garden. Na fratura do colo do fêmur há impotência funcional, dor a nível do trocânter e da virilha, é muito dolorosa qualquer tentativa de mobilização do membro afetado. Este encontra-se em rotação externa e com encurtamento mais ou menos acentuado, sendo o exame radiológico que confirma o diagnóstico e o tipo de desvio da fratura (Proença *et al.*, 2008).

Relativamente ao tratamento das fraturas do colo do fêmur, Campbell em 1998 dá preferência à manipulação e redução fechada, sendo a redução aberta utilizada apenas quando não é possível a redução fechada.

Macedo e Galia (1998) referem que existem inúmeras maneiras de fixar cirurgicamente as fraturas do colo do fêmur, mas o importante é que a redução crie estabilidade no foco e que as forças atuem no sentido da impactação e não no sentido do deslocamento da cabeça. O cirurgião deve estar familiarizado com os implantes que utiliza, suas vantagens e limitações.

Schwartzmann e Boschini (2003) referem que teoricamente, a estabilização imediata associada a redução anatômica promoverá mais rapidamente o retorno da circulação fisiológica da cabeça do fêmur, diminuindo ou evitando a necrose avascular da cabeça do fêmur. A maioria dos traumatologistas prefere a redução fechada. Relativamente ao

método de fixação interna pode variar entre múltiplos pinos, parafusos canulados paralelos ou parafusos deslizantes. No entanto, a estável e aceitável redução é pré requisito para uso de qualquer um deles. A opção de cirurgia como tratamento primário da fratura do colo do fémur é uma boa opção desde que analisados alguns entre inúmeros critérios:

- Idade fisiológica acima dos 70 anos;
- Perspetiva de vida limitada (entre 5 a 15 anos);
- Más condições clínicas (pneumopatia, Parkinson, etc);
- Doenças metabólicas, ósseas ou sistémicas;
- Más condições ósseas locais (osteoporose, artrite reumatoide, etc).

As artroplastias podem ser totais ou parciais, nas parciais (Bipolar, Thompson, Moore) somente trocam a cabeça femoral e estão indicadas para pessoas acima dos 80 anos e com uma expectativa de vida limitada. Nas artroplastias totais é necessário substituir o acetábulo, têm uma durabilidade maior (15 a 20 anos) e estão indicadas para pessoas ativas, e numa faixa etária de 70 a 80 anos.

Proença *et al.* (2008) referem que o tratamento destas fraturas é normalmente cirúrgico, dependendo o método da idade do doente. Nos doentes mais idosos está indicado proceder a artroplastia da anca, pois permite uma deambulação precoce com apoio do membro. Nos doentes menos idosos (abaixo dos 65 anos de idade) é preferível proceder a osteossíntese da fratura, com o objetivo de conservar a cabeça do fémur, se surgir necrose avascular da cabeça do fémur ou pseudartrose será então feita a substituição artroplástica da cabeça femoral.

Os mesmos autores referem que as artroplastias devem ser evitadas, se possível, nos doentes mais jovens devido ao tempo limitado de duração destes procedimentos.

Relativamente ao tipo de cirurgia a Direção Geral da Saúde (2003) de acordo com vários autores recomenda que o método de estabilização cirúrgica deverá permitir uma mobilização e cargas precoces, com utilização de técnicas pouco agressivas, com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata.

Para a fratura do colo do fémur a Direção Geral da Saúde (2003) considera vários tratamentos de acordo com o tipo de fratura, assim:

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

Nas fraturas subcapitais descoaptadas e nas transcervicais deverá ser feita a substituição artroplástica da cabeça do fémur, com artroplastia total ou parcial da anca. Nos doentes com idade avançada e/ou pouca mobilidade devem efetuar-se artroplastias parciais da anca (tipo prótese de Moore). Nos doentes com idade avançada e boa atividade física, sem sinais artrósicos da anca, deve efetuar-se artroplastia parcial com cabeça fisiológica ou bipolar. Em doentes com esperança de vida alargada, deve optar-se pela artroplastia total da anca.

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

Atualmente, não se defende o tratamento conservador, as medidas terapêuticas adotadas dependem essencialmente da idade do doente e do grau de afastamento da fratura, no entanto, urge avaliar todos os doentes e proceder à estabilização da fratura antes da ida ao bloco operatório. O principal objetivo do tratamento consiste em recuperar o nível função prévio ao traumatismo. A enorme agressividade que estas fraturas representam para a pessoa idosa nem sempre permite readquirir o mesmo grau de mobilidade, pelo que, é essencial que se consiga obter a deambulação e evitar a imobilização ao leito (Chainça, Rebelo e Almeida, 2009).

As complicações das fraturas do colo do fémur são várias e os autores são unânimes, Macedo e Galia (1998) descreve como complicações o tromboembolismo, infeção, atraso de consolidação e a necrose avascular.

Schwartzmann e Boschini (2003) referem que as principais complicações locais da fratura do colo do fémur são a necrose avascular e a pseudartrose, esta última geralmente decorre de uma má redução, deficiente fixação interna, ou de ambas.

Chainça, Rebelo e Almeida (2009) referem várias complicações, de acordo com a própria fratura, patologias associadas, modificações fisiológicas próprias do idoso e dos requisitos do tratamento efetuado. Estas poderão ser gerais ou locais. Das complicações em gerais salientam-se:

- Anemia- Resultante da associação entre a redução dos valores de eritrócitos, hemoglobina e hematócrito, e a hemorragia consequente à fratura, que tende a acumular-se no local da fratura.
- Complicações respiratórias – O repouso no leito e a posição de decúbito dorsal durante o período pré e/ou pós-operatório imediato provoca diminuição do reflexo da tosse,

aumenta a retenção de secreções brônquicas e diminui o reflexo de deglutição, podendo originar infecções respiratórias.

- Complicações nutricionais - Desidratação, desproteínização e desmineralização, resultam de um insuficiente aporte de líquidos e alimentos ou da recusa do idoso para a sua ingestão, devido por vezes a uma perda de interesse pela alimentação.

- Infecção urinária – Esta pode já existir anteriormente ao traumatismo devido às alterações renais típicas do idoso, ou pode surgir como complicação da algaliação, põe vezes efetuada aquando da cirurgia.

- Tromboembolia – É uma complicação bastante frequente, sobretudo em idosos com idade superior a 60 anos. Pode surgir em consequência de varias situações, desde a simples imobilização no leito até à própria cirurgia.

- Alterações psíquicas – É frequente nos idosos e agrava-se com o internamento. Os fenómenos de desorientação espaço temporais e de confusão mental, prostração ou mesmo negativismo face ao que o rodeia e lhe diz respeito podem ter origem em alterações fisiológicas que o internamento precipita. Estima-se que 61% dos doentes com esta patologia desenvolva episódios de confusão mental.

Relativamente às complicações locais, destacam-se pela sua frequência a necrose avascular, a não consolidação e a osteoartrose tardia. Mas há autores que consideram, neste âmbito, as úlceras de decúbito, rigidez articular e a infeção operatória, que passamos a descrever:

- Necrose avascular – verifica-se uma insuficiente irrigação vascular da cabeça do fémur devido à sua vascularização se encontrar comprometida por lesão das artérias que a irrigam e cuja inserção se localiza a nível do colo. A viabilidade da cabeça do fémur, fica dependente do suprimento sanguíneo da artéria do ligamento redondo que, por vezes, se torna insuficiente.

- Não consolidação óssea – surge como consequência da necrose avascular.

- Osteoartrose tardia - Advém de uma imperfeita congruência articular aquando do tratamento, bem como do aparecimento de necrose avascular. Pode surgir meses após a lesão inicial, ou, tardiamente, se resultar de uma má congruência articular.

- Úlceras de decúbito – São úlceras necróticas com escasso poder de regeneração e cicatrização que surgem na pele, devido à pressão prolongada. Este é um problema potencial, que pode ser prevenido.

- Rigidez articular – Resulta da imobilização prolongada no leito, tendo uma correspondente incapacidade funcional, com as inerentes repercussões na autonomia do doente.

- Infecção operatória – Surge devido à redução da capacidade imunitária, frequente nos idosos, coadjuvada pela existência de eventuais focos de infecção (região bucal, pulmonar ou renal), bem como uma contaminação por germens hospitalares aquando de técnicas invasivas de tratamento.

Num estudo realizado por Cunha e Veado (2006), verificou-se que as complicações pós operatórias prevalentes foram o delirium, anemia aguda, infecção urinária, pneumonia, arritmia cardíaca, retenção urinária e trombose venosa profunda.

Associada à fratura encontra-se uma alta incidência de incapacidade devido à perda de independência na mobilidade, no entanto a melhoria das técnicas cirúrgicas nas últimas décadas tem diminuído a necessidade de imobilização prolongada ou restrição da carga, diminuindo assim as complicações pós operatórias nomeadamente a pneumonia e tromboembolismo (Kisner e Colby, 2005).

As fraturas do colo do fémur têm implicações na vida da pessoa e seus familiares, devido à dependência que normalmente ocasiona. Baixinho (2009) foca o risco de surgirem complicações a vários níveis, nomeadamente o aumento progressivo da dependência ao longo do internamento, pela limitação da atividade física, dor e todos os processos psicológicos associados como a tristeza, desânimo, falta de motivação e alterações de auto imagem. Essa dependência mantém-se ou agrava-se no domicílio condicionando a qualidade de vida da pessoa e seus familiares.

Ao longo da nossa atividade profissional contactamos que o tempo de internamento tem diminuído, e a pessoa tem alta cada vez mais precocemente, os familiares normalmente mostram-se renitentes com a ida da pessoa para o domicílio devido à sua dependência, pelo facto de não terem disponibilidade e não terem conhecimentos para cuidarem do seu familiar. Normalmente a pessoa idosa era independente antes da fratura, habita com o cônjuge, sendo muitas vezes o seu cuidador principal apesar da sua idade.

Augusto *et al* (2002) num estudo realizado a familiares de pessoas internadas numa unidade de internamento de traumatologia referem que as dificuldades sentidas pelos familiares relacionam-se com a falta de conhecimento na ajuda à pessoa na mobilização, a nível dos posicionamentos, e da transferência para cadeira (72,22%), nos cuidados de higiene (13,90%) e eliminação (13,88%).

Franco e Costa (2001) num estudo realizado acerca dos níveis de dependência dos idosos concluíram que relativamente à pessoa com quem vive habitualmente o idoso, 45,9% vive com o cônjuge, 24,7% com os filhos, 5,8% com outros familiares, 3,6% com irmãos e 12,9% dos idosos viviam sós.

## 1.2 – DEPENDÊNCIA DA PESSOA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

A dependência e a independência encontram-se presentes ao longo do ciclo de vida, em diferentes dimensões e quase sempre em relacionamento direto com a idade, sendo o auge da independência a idade adulta e o início do seu declínio a velhice. Não sendo a dependência um atributo exclusivo da velhice, pois está presente na infância e juventude, aqui a dependência tende a assumir um carácter definitivo e permanente. Contudo, em certa altura do seu ciclo de vida, a pessoa pode ver-se privado da sua independência por problemas de saúde física e/ou mental, alterando este processo natural e instaurando a dependência.

O conceito independência tem sido bastante abordado em enfermagem, sendo a base do modelo teórico de Virgínia Henderson e Nancy Roper.

De acordo com o Modelo Teórico de Virgínia Henderson, o ser humano forma um todo complexo que apresenta catorze necessidades humanas básicas em que a função do enfermeiro é a de assistir a pessoa, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey e Alligood, 2004). Ainda, segundo estas autoras o objetivo do enfermeiro é a satisfação das necessidades da pessoa, direcionando a sua intervenção para a origem da causa da dependência, Henderson equiparou a saúde a independência.

Ao falar de independência Virgínia Henderson, refere-se à independência relacionada com a satisfação de necessidades, ou seja, satisfazer por si só as suas necessidades sem estar dependente de alguém (Adam, 1994).

Por sua vez, Nancy Roper, identifica 12 atividades de vida em que cada uma se situa num contínuo de dependência/independência ao longo do ciclo de vida, para si as atividades de vida diária são todas as coisas que as pessoas fazem na vida quotidiana, num continuum de dependência – independência. Quando incapaz de realizar as atividades independentemente, as pessoas necessitam de ajuda (Hoeman, 2000).

Não existe uma independência absoluta nas atividades de vida, os conceitos dependência e independência só têm significado quando relacionados um com o outro, razão pela qual eles são representados por meio de um contínuo ao longo do qual se movem em qualquer direção conforme as circunstâncias.

O continuum dependência/independência varia de dependência total à independência total. Aplicar o continuum à pessoa como um todo é demasiado abrangente, por isso, é aplicado diretamente em cada atividade de vida. Reconhece a existência de estágios em que uma pessoa ainda não pode (ou já não pode) realizar determinadas atividades de vida diária de forma independente (Tomey e Alligood, 2004).

O grau de independência assume diversas formas de acordo com o indivíduo, estado de saúde, etapas da vida, grau de maturidade, hábitos pessoais, fatores físicos, psico-sociais e político económico (Leal, 2001). A função independente é quando o indivíduo é capaz de realizar uma tarefa sem equipamento (Erickson e Mc Phee, 1992 segundo Leal, 2001).

Esta temática está intimamente relacionada com o ciclo de vida e atividades de vida, cada pessoa tem um processo contínuo de dependência/independência para cada atividade, não existindo independência absoluta nas atividades de vida. Os conceitos de independência/dependência só têm sentido quando se relacionam entre si (Roper, Logan e Tierney, 1995 segundo Leal, 2001).

Esta noção de independência total também é descrita por Adam (1994), que refere que todos somos dependentes de alguém ou de alguma coisa enquanto ser social. No entanto, para a satisfação das nossas necessidades relativas à nossa própria saúde, empenhamo-nos para ser independentes. Este afirma que a enfermagem tem com objetivo manter ou restaurar a independência da pessoa na satisfação das suas necessidades básicas. Este objetivo, congruente com o objetivo comum a toda a equipa de saúde, torna claro o contributo específico da enfermeira para a preservação e melhoria da saúde (Adam segundo Tomey e Alligood, 2004)

Pode-se entender a independência como a capacidade de realizar algo pelos próprios meios possuindo o controlo sem necessidade de outrem.

A independência de um indivíduo é determinada não só por fatores internos como a etapa de vida em que se insere, o estado de saúde e a própria individualidade mas também por fatores externos, como as condições socioeconómicas, políticas e culturais do meio em que o indivíduo está inserido. Existe uma relação entre as competências da

pessoa e as exigências do seu ambiente e da sociedade em que vive. Tendo também em conta que nem todas as pessoas nasceram com o mesmo potencial para se tornarem independentes em todas as atividades de vida.

Por sua vez, dependência é quando a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidades específicas resultantes da realização das atividades de vida diárias (Amaral e Vicente, 2001). No estudo realizado pelas autoras, acerca do grau de dependência nos idosos, estas concluíram que as mulheres são mais dependentes que os homens e que a dependência aumenta com o grupo etário.

A tendência para o envelhecimento da população, acarreta, um aumento de situações incapacitantes com problemas de dependência e/ou défice funcional, que a médio ou longo prazo demandarão suporte social, familiar ou de saúde. A dependência emerge como um problema central da velhice, podendo ser considerado um problema económico e social de uma sociedade envelhecida, ou um problema que põe em evidência as dificuldades do dia a dia, com as quais se confrontam as pessoas idosas e suas famílias (Lage, 2005).

A deterioração cognitiva é prevalente na pessoa idosa e leva à perda da autonomia e da independência (Pascoal 2000, segundo Imaginário 2008).

A avaliação da independência da pessoa carece de instrumentos de avaliação, designadamente, escalas. Hoeman (2000) refere que apesar de não existir um consenso no uso de uma única escala em reabilitação, as mais utilizadas são, a escala de medida de independência funcional (MIF) e o índice de Barthel. O Índice de Barthel, mede o nível de independência funcional de desempenho na mobilidade, autocuidado e continência quantificando o grau de dependência em resultados de 0 a 100, em que 100 indica independência completa nos 10 itens avaliados e conseqüentemente o utente não necessita de assistência em nenhuma situação.

Tendo a enfermagem como objetivo a promoção da satisfação das necessidades humanas e a máxima independência na realização das atividades de vida, há que considerar uma adaptação nas diferentes intervenções, de modo a encontrar a resposta mais adequada, desde o substituir fazendo por alguém, ajudar, apoiar e orientar, ensinando, treinando e instruindo de acordo com o grau de dependência.

Segundo Rodrigues (1999) é objetivo da enfermagem, manter e/ou repor a independência da pessoa para que esta possa satisfazer por si só as suas necessidades ou atividades individuais da vida.

Numa perspetiva legal o Decreto-lei n.º265/99 de 14 de Julho procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a proteção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência; esta prestação vem substituir o subsídio por assistência a 3ª pessoa. O diploma define 2 graus de dependência:

1º grau - indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal.

2º grau – indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Consoante o grau são fixados montantes da prestação atribuídos aos respetivos familiares ou outras pessoas que lhes prestem assistência. Os Estados são responsáveis pelas prestações de segurança social e manutenção dos rendimentos para as pessoas dependentes, tendo em conta os gastos que possam ocorrer às pessoas em situação de dependência ou às famílias que lhes prestam assistência; contudo podemos verificar que este diploma é uma medida que só integra as pessoas com carências sociais mais graves, e que se torna generalista e insuficiente para a realidade de uma pessoa com dependência.

No domínio da enfermagem, pretende-se a independência da pessoa no que diz respeito à satisfação das suas necessidades individuais de vida (Rodrigues, 1999), ou seja, nas suas atividades de vida diária.

### **1.2.1 – Atividades de vida diária**

As atividades de vida diária fazem parte integrante da vida da pessoa, são atividades de autocuidado que precisam de ser realizadas para satisfazer as necessidades e as exigências da vida quotidiana, são todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e vida comunitária independente.

Estas atividades são de carácter funcional, relacionadas com a vida diária, e visam a autonomia do indivíduo na satisfação das suas necessidades básicas fundamentais. São comuns a todos os seres humanos, no entanto, cada pessoa desempenha de forma

diferente ou individual dependendo da sua etapa de vida e do seu grau de dependência/independência.

O termo auto cuidado é usado como sinónimo de cuidado de si próprio. Orem define o auto cuidado como “a prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (Hoeman, 2000).

A gestão do auto cuidado é fundamental para auto estima e independência do indivíduo, é uma questão muito pessoal, que se inicia com rituais, hábitos, horários e métodos apreendidos numa idade muito jovem no seio familiar, estão diretamente relacionadas com o nível sócio cultural, são influenciados pelas crenças de cada um, e pelas condições físicas da habitação.

Hoeman (2000) refere que o auto cuidado é mais que um grupo de capacidades aprendidas, é um processo que proporciona à pessoa e família a sua primeira oportunidade de adquirir capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais.

Já Phaneuf (2001) define as atividades de vida diária como um processo espontâneo de resolução de problemas e indicação do que é preciso fazer no imediato para responder às necessidades da pessoa e dar resposta às dificuldades simples sem o objetivo preciso de evolução em direção a autonomia ou à melhoria do estado de saúde.

As atividades de auto cuidado são sugeridas pelo potencial, capacidades, preferências, estilo de vida e participação da pessoa. Hoeman (2000), reforça esta ideia quando refere que a pessoa com as capacidades de auto cuidado comprometidas, se orientar o seu cuidado, cria-lhe autossuficiência e controlo sobre os acontecimentos da sua vida diária. Para além do desempenho básico das atividades de vida, existem outras designadas de independentes ou alargadas, que exprimem a capacidade de desempenhar certas atividades que tornam possível a vida independente. Na opinião de Hoeman (2000), estas atividades incluem variadas tarefas como utilizar o telefone, ir às compras, preparar a refeição e gerir o dinheiro.

Caetano (2009), acrescenta ainda mais duas dimensões nas atividades de vida diária, são elas a, dimensão ocupacional e recreativa, e a dimensão referente à qualidade de vida da pessoa.

Durante o ciclo de vida, a pessoa e família por vezes depara-se com alterações na capacidade de execução de atividades de vida diária que levam à necessidade de uma reorganização pessoal e familiar.

### **1.2.2 – Alterações nas atividades de vida diária**

As alterações da capacidade da pessoa para executar as suas atividades de vida diária, relacionam-se com numerosas situações ou deficiências. Hoeman (2000), considera que as mais relevantes são as variações sensoriais, e as limitações na mobilidade.

Atividades que parecem ser simples, para quem as desenvolve, tornam-se difíceis para quem nunca careceu de as executar. Assim, o cuidar, que inicialmente abrange atividades simples que se limitam a ajudar na realização de atividades da vida diária, como ajudar no vestir, servir de apoio para andar na rua, podem, gradativamente, complexificar-se exigindo do cuidador conhecimentos e habilidades para o exercício do cuidar de acordo com as necessidades físicas da pessoa.

Carpenito (1997), refere que o deficit no auto cuidado se deve ao facto da pessoa apresentar a função motora ou cognitiva prejudicada, causando uma considerável diminuição das capacidades do indivíduo.

Perante alterações na capacidade de execução das atividades de vida diária evidencia-se a necessidade de cuidados, nomeadamente, intervenções de enfermagem no sentido de ajudar a pessoa e ou família a manter ou alcançar o máximo de independência e autonomia no desempenho das AVDs, na sua nova condição motora e ou cognitiva.

### **1.2.3– Avaliação funcional no auto cuidado**

A avaliação funcional pode ser definida como a análise e medida de comportamentos específicos que ocorrem em ambiente real e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objetivos. Compreende sempre determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo (McCue, 1997).

A avaliação funcional é importante para podermos compreender a dependência da pessoa no auto cuidado, não só no que diz respeito às atividades de vida diária, como em relação a outras atividades mais complexas, como sejam as atividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida. Permite ter uma noção do estado cognitivo do indivíduo, bem como da sua força física e destreza, uma vez que, envolve capacidades como as de gerir o dinheiro, tomar a medicação, ir às compras, alimentar-se, entre outras (Gallo *et al.*, 2000).

Esta avaliação compreende essencialmente três níveis: o desempenho de atividades sociais e ocupacionais, o desempenho de tarefas necessárias à vida quotidiana (como

usar transportes públicos ou conduzir, fazer compras, usar o telefone, gerir o dinheiro), que são genericamente designadas como Atividades Instrumentais de Vida Quotidiana (AIVQ), e o desempenho de tarefas relacionadas com o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, pentear-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, levantar-se, deitar-se, andar, alimentar-se), as quais se designam por Atividades de Vida Diária (Gallo, *et al*, 2000).

A avaliação funcional permite avaliar a mobilidade da pessoa, o seu grau de independência e efetuar o levantamento das capacidades em executar atividades, tais como:

- Cuidados de higiene
- Vestir/despir
- Levantar/sentar
- Apanhar objetos do chão
- Transferências (cama, cadeira de rodas)

É igualmente avaliada a capacidade de se deslocar:

- Se executa marcha
- Se sobe e desce escadas
- Se sobe e desce rampas
- Se utiliza auxiliares de marcha: canadianas, pirâmide, andarilho
- Se utiliza cadeira de rodas

Segundo Costa e Monego (2003) referenciando Costa *et al.*(2001) a capacidade funcional é a capacidade do idoso para executar actividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independente no seu meio. É avaliada através de instrumentos que avaliam a capacidade do doente de executar as AVDs e Actividades Instrumentais da vida Diária (AIVD). As AVDs englobam todas as tarefas que a pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio. A incapacidade de executá-las implica alto grau de dependência. As AIVD compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive.

Ao falarmos de dependência/independência da pessoa nas AVDs, nomeadamente na situação de fratura do colo do fémur, remete-nos para a área de intervenção da enfermagem de reabilitação. De toda a equipa, os enfermeiros de reabilitação são os que, de mais perto acompanham a pessoa durante o internamento, tendo um papel fundamental no processo de reabilitação.

### 1.3- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Reabilitar a pessoa 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 (De Lisa, 1988 segundo Direção Geral da Saúde, 2003). Para que se atinjam estes objetivos, é necessária uma intervenção junto da pessoa, familiares ou dos prestadores de cuidados e a nível do meio ambiente envolvente (Direção Geral da Saúde, 2003).

Geralmente a fratura surge em pessoas independentes nas AVDs, e com outras patologias associadas, sendo, o objetivo do tratamento após a fratura a recuperação do nível funcional anterior (Pagès e Cuxart, 2005). Os mesmos autores referenciando Weuve *et al.* (2004) e Abbot *et al.* (2004) referem que é importante manter a marcha independente na pessoa idosa, pois esta previne a deterioração cognitiva.

Assim, os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais nos períodos pré e pós operatórios para uma recuperação em tempo útil, eficaz, aquisição de independência nas AVDs, autonomia e segurança. O programa de reabilitação deve ser elaborado de forma personalizada, de acordo, com o estado geral, após a avaliação da pessoa e dos riscos. Estes visam motivar a pessoa para a sua recuperação, assim como, reduzir a dor, melhorar a função articular, proporcionar maior estabilidade e evitar complicações durante o internamento. Respeitar os protocolos de cada cirurgião é fundamental para o alcance duma reabilitação bem-sucedida.

A reabilitação direciona-se para o levante e marcha precoce, dependendo, do grau de mobilidade anterior à fratura, do seu potencial de reabilitação, tratamento efetuado e da estabilização alcançada, daí a importância do trabalho de equipa, comunicação e articulação eficaz (Chainça, Rebelo e Almeida, 2009).

A reabilitação da pessoa segundo a Direção Geral da Saúde (2003) engloba a intervenção dos vários elementos da equipa multi-interdisciplinar e incide na prevenção das complicações da imobilização, avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação, reeducação funcional, avaliação sócio familiar e dos recursos da comunidade, alta clínica e reinserção na comunidade e na prevenção de novas fraturas. Também Guimarães *et al.* (2007) referem que a reabilitação pós-operatória da pessoa submetida a osteossíntese deve ser multidisciplinar, pois assim, diminui o risco de falha da cirurgia, do desenvolvimento de problemas clínicos e favorece a recuperação.

O mesmo autor, preconiza o início da reabilitação após o final da intervenção, com exercícios isométricos durante 24 a 48 horas de pós-operatório, início do movimento de manutenção do arco de movimento dos joelhos e tornozelos às 24 horas e carga parcial no membro intervencionado às 48 horas após a cirurgia, sendo aumentada de acordo com a tolerância da pessoa.

Pagès e Cuxart (2005) referem que a primeira condição para a recuperação do nível anterior à fratura é a sua correta redução e estabilização. Todos os estudos multifactoriais preditivos de uma boa evolução nas fraturas do colo do fémur, concluem que o fator mais importante é a correta redução e estabilização, que permita a marcha com carga parcial progressiva. Uma vez assegurada a estabilidade da fratura com osteossíntese ou prótese a pessoa pode iniciar carga parcial ao 2º ou 3º dia após a intervenção, em função do estado geral da pessoa.

A reabilitação pós operatória depende fundamentalmente do tipo de fratura e método de fixação utilizado, mas em qualquer caso, deve iniciar-se com a pessoa analgesiada às 24 horas após intervenção e a marcha entre as 48-72 horas. Dadas as características da pessoa com fratura do colo do fémur é fundamental a mobilização precoce para diminuir a estase venosa e prevenir as complicações da imobilização, nomeadamente trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e úlceras de pressão. Paralelamente devem executar-se exercícios respiratórios e exercícios de manutenção e recuperação articular funcional. Posteriormente, e de acordo com a tolerância da pessoa inicia-se a reeducação progressiva da marcha com os auxiliares de marcha (andarilho, canadianas) e ao mesmo tempo executa-se o treino de AVD, como o vestir, calçar e higiene. A duração das sessões de reabilitação terá que ser adequadas às características individuais e ao estado geral da pessoa (Pagès e Cuxart, 2005).

Santos *et al.* (1992) referem que a reabilitação do doente com fratura da anca operada deve iniciar-se precocemente, de preferência antes da cirurgia, com conselhos simples, nomeadamente o ensino de exercícios respiratórios, tosse eficaz, ensino e trabalho em isometria dos grupos musculares regionais.

Os mesmos autores defendem que no pós-operatório imediato, o doente deverá ser estimulado a executar os exercícios acima mencionados e deverá ser:

- Aplicado gelo para tratamento do edema e dor;
- Aplicadas ligaduras elásticas para prevenção de problemas embólicos;

- Vigiar a posição do doente, para prevenção de atitudes viciosas comprometedoras do processo de reabilitação;

- Estimular as mobilizações ativas dos membros superiores e do membro inferior contra lateral e trabalho isométrico do lado operado.

No 2º dia pós-operatório deverá:

- Iniciar levantar para cadeira;

- Poderá iniciar deambulação com canadianas ou andarilho, em carga parcial ou em descarga (dependendo do caso clínico e da técnica cirúrgica).

- Prosseguir o trabalho muscular, transformando-o em trabalho cada vez mais ativo, consoante a tolerância do doente à dor.

Caneira (1998) refere que no processo de reabilitação da pessoa com prótese da anca é essencial proporcionar uma postura e alinhamento corporal corretos, restituir o equilíbrio e a capacidade de deambulação, permitindo o recomeço das atividades de vida, autonomamente. É essencial o ensino e treino relativamente aos posicionamentos na cama e cadeira; técnicas de saída e entrada na cama, utilizando medidas de prevenção da luxação da prótese; técnicas de automobilização osteoarticular; técnicas de tonificação muscular e marcha correta, com meios auxiliares.

Barrick (2001) refere alguns princípios básicos de reabilitação após traumatismo ortopédico, defendendo que quanto mais grave a lesão, mais intensamente se deverão aplicar estes princípios. Assim, os princípios básicos da reabilitação são, em sequência: (1) mobilidade, (2) movimento, (3) controle motor e coordenação, (4) fortalecimento e (5) adaptação. Estes princípios são realizados por ordem mas sobrepõem-se, com início na mobilidade. O processo inicia-se com exercícios de mobilização das articulações, levantar do leito para cadeira, seguido de levantar para a posição de pé com andarilho ou canadianas. À medida que a pessoa recupera a mobilidade funcional, a reabilitação deverá evoluir no sentido da recuperação do movimento completo da articulação ou articulações envolvidas. Após a recuperação do controle motor e o movimento inicia-se os exercícios de fortalecimento. Perante a evolução da reabilitação emergem a necessidade de adaptações de modo a obter a máxima recuperação funcional.

De acordo com a nossa experiência profissional nesta área, é de salientar que a reabilitação pós-fratura é sempre condicionada pela indicação do cirurgião.

O objetivo final e ideal da reabilitação, é o abandono dos auxiliares de marcha e a independência funcional nas atividades de vida diária, relativamente ao banho e a

capacidade de vestir a parte inferior do corpo exige um treino específico (Santos *et al.*, 1992; Pagès e Cuxart, 2005). As pessoas que não deambulavam antes da fratura deverão executar levantes para cadeira rodas e ser dado o apoio social que necessitam (Pagès e Cuxart, 2005).

Atualmente, são vários os profissionais de saúde que contribuem e colaboram no processo de reabilitação da pessoa, estes em equipa, cooperam para uma melhor resposta às necessidades da pessoa dependente e sua família. A enfermagem, particularmente a de reabilitação, não é exceção, pois os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto do doente, encontram-se empenhados em melhorar a resposta às necessidades da pessoa e sua família, pois é de extrema importância o desempenho precoce para o sucesso da reabilitação da pessoa.

Como refere Hoeman segundo Romão *et al.* (2007) O enfermeiro de reabilitação assume o papel de educador, conselheiro, gestor, investigador, defensor dos direitos dos doentes, capacitador / facilitador, líder, perito e membro da equipa multidisciplinar.

Nuno, Ribeirinho e Silva (2008) refere que cabe aos enfermeiros, integrados em equipas multidisciplinares e interdisciplinares, preocuparem-se com as necessidades de autocuidado, promover a independência funcional, autoestima e o bem-estar, facilitando o processo de reinserção social, familiar e profissional com a finalidade de melhorar a qualidade de vida. O papel da família é essencial na reintegração do indivíduo na família/comunidade, pois uma crise acidental interfere com o equilíbrio familiar e esta terá que adotar uma nova dinâmica para a entrada de um elemento dependente.

O enfermeiro de reabilitação deve desenvolver ações que visem ajudar a pessoa/família com limitações a encontrar um sentido na sua nova vida de acordo com a condição atual (Romão *et al.*, 2007). Este, para melhor agir, terá que mobilizar todo um conjunto de saberes, de forma a ir ao encontro, e promover a satisfação das suas necessidades e alcançar a autonomia da pessoa.

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa implica uma participação completa e ativa por parte dos atores intervenientes no processo de cuidar estando este processo, influenciado pelos valores e convicções de cada um (Serra, 2002).

A reabilitação é um processo que se sabe quando inicia, mas a distância imprecisa a que se encontram os resultados, nem sempre permite vislumbrar com clareza ou desenhar em traço único o percurso a efetuar (Pereira e Santos, 2008).

Reabilitar implica ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, através da otimização dos recursos externos, pela ajuda prestada na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial capaz de contribuir para a efetivação do seu projeto de saúde, assistindo a pessoa nas fases de aquisição, reaquisição e autonomia.

Como refere Hesbeen (2003, p.XIV) " o prestador de cuidados é alguém que oferece àquele que cuida um mapa das estradas. Este mapa não indica o caminho por onde deve seguir, mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e os inúmeros caminhos para lá chegar". Assim, a limitação funcional é uma parte criativa da vida humana e o sofrimento poderá ser aceite sem se perder a dignidade. O envolvimento de todos os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiro de reabilitação, "é vital porque oferece...um ambiente diversificado, essencial à vida em sociedade" (Hesbeen, 2003, p.63).

Só a heterogeneidade de competências dos vários elementos da equipa permite uma combinação de recursos ao dispor da pessoa, possibilitando o processo da reabilitação (Romão *et al.*, 2007).

Os enfermeiros de reabilitação deverão desenvolver um processo contínuo de identificação de necessidades, elaboração e aplicação do plano de cuidados, assim como a avaliação das ações para o sucesso da recuperação da pessoa.

O cuidar no âmbito da enfermagem de reabilitação é caracterizado por uma intencionalidade e subtileza específicas que analisam a pessoa dependente, numa óptica holística valorizando a pessoa corpo - sujeito em detrimento de corpo - objeto (Hesbeen, 2003).

Assim, de acordo com Borgman-Gainer (2000) quando a pessoa se encontra imobilizada no leito, a responsabilidade do enfermeiro nas intervenções preventivas é manter o potencial da eventual mobilização. As potenciais complicações da imobilidade e as intervenções da enfermagem de reabilitação para prevenir essas complicações visam maximizar o potencial da mobilização, designadamente:

- Suportar o corpo em posições anatomicamente corretas e funcionais;
- Usar adequadamente os dispositivos mecânicos e os posicionamentos;
- Posicionar de acordo com o programa estabelecido;
- Ensinar programas de exercícios terapêuticos para manter a mobilidade articular e o tónus muscular;
- Ensinar atividades de transferência;

- Ensinar programas pré operatórios para a marcha e pré marcha;
- Ensinar atividades em cadeira de rodas;
- Transferir as responsabilidades de prevenção e manutenção para a pessoa e família.

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. Sendo uma das competências cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; em que uma das unidades de competência é o de avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades sendo um dos critérios de avaliação o de avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Hoeman (2000) refere que os enfermeiros de reabilitação devem implementar planos de ação orientados para a satisfação das necessidades do cliente, que alimentem as estratégias de coping para que a pessoa auto oriente o seu processo de reabilitação, pois os objetivos de reabilitação podem ter significados diferentes para as pessoas, famílias e profissionais de saúde.

Ao falarmos de intervenções da enfermagem de reabilitação na pessoa em situação de dependência nas AVDs, particularmente pós fratura do colo do fémur, remete-nos para uma outra área essencial neste processo de recuperação, o apoio social.

As relações sociais podem ter um papel essencial na manutenção e promoção da saúde física e mental da pessoa (House, 1981; Cockerham, 1991, segundo Ramos, 2002). Assim, segue-se a abordagem do apoio social.

## **2 - APOIO SOCIAL**

Nos últimos anos, o debate gerado em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos tem adquirido alguma relevância nas sociedades ocidentais.

A origem do termo apoio social está relacionada com o desenvolvimento e aperfeiçoamento teórico e prático dos conceitos de saúde e doença. De uma concepção tradicional da doença, vista como um fenómeno essencialmente biológico passa-se a uma concepção que considera determinante os fatores psicossociais e ambientais.

Na década de 70, revisões de vários autores, alertaram para a importância do apoio social para a saúde física e psicológica despertando o interesse no estudo deste tema (Matos e Ferreira, 2000).

A terminologia utilizada em diferentes estudos sobre questões ligadas ao apoio social está associada a uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista.

Ramos (2002) referenciando House, e Umberson (1988) menciona que a maioria dos autores refere que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde, no entanto, Krause (1995) segundo Ramos (2002) refere que o suporte social também poderá ter resultados negativos, em função da excessiva assistência ou dependência em relação às pessoas que ajudam a pessoa.

Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte (emocional ou funcional) fornecidos pela família (Ramos, 2002)

Cobb segundo Ornelas (1994), referiu-se ao suporte social como sendo o feedback de que o indivíduo é amado, estimado e faz parte integrante de uma rede social. Este tipo de informação desempenharia a função de preenchimento das necessidades sociais e de proteção do indivíduo de consequências adversas de uma situação de crise ou de stress. A ideia central foi a de considerar o Apoio Social como amortecedor de stress, concluindo que este desempenha a função de facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise.

Segundo Ornelas (1994), o suporte social, em geral, pode ser definido em termos da existência ou quantidade de relações sociais ou, em particular, referir-se às relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Por vezes, o suporte social é também

definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo. Contudo é na maioria das situações, definido em termos de conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afetivo-emocional, a ajuda e a informação. Relativo a este assunto Sarason *et al.* (1983:127), citados por Ribeiro (1999), definem suporte social como “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós”. Dunst e Trivette (1990), referenciados pelo mesmo autor defendem que o suporte social refere-se aos recursos disponíveis dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. O Apoio Social tem um carácter multidimensional, pois aspetos diferentes do suporte social têm impacto diferente nos diversos indivíduos ou grupos. A este respeito Weiss, segundo Ribeiro (1999), propõe seis dimensões de suporte social: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação.

Assim, também Dunst e Trivette (1990), sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados (constitucional, relacional, funcional, estrutural e satisfação), e apresentam as seguintes dimensões do suporte social que, consideram serem importantes para o bem-estar:

- Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social;
- Existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares às gerais;
- Frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social, tanto em grupo como face a face;
- Necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo;
- Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade disponível pelas pessoas que compõe as redes sociais existentes;
- Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível se associa com a que o indivíduo necessita;
- Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita;
- Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social;
- Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido;

- Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social;

- Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social (Ribeiro, 1999).

O apoio social tem efeitos na saúde segundo Singer *et al.* (1984) citados por Ribeiro (1999), os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre Apoio Social e saúde podem englobar-se em quatro grandes categorias:

- O Apoio Social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress* – Agrupa uma versão forte e uma versão fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o stress afete negativamente o indivíduo, enquanto a fraca afirma que o stress afeta todos os indivíduos, mas que na existência do apoio social esse efeito é reduzido. O Apoio Social é visto como um mediador ou moderador *do stress*;

- A não existência de Apoio Social é fonte de stress – Considera que a falta de Apoio Social é ela própria geradora de stress;

- A perda de Apoio Social é um fator de *stress* – Considera que se tem Apoio Social e se o perde o stress surge;

- O Apoio Social é benéfico – É uma perspetiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o apoio social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o Apoio Social é um recurso quer perante, quer na ausência de fontes *de stress*.

As perceções das pessoas acerca do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais, de aspetos da sua personalidade (capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e pedir auxílio à sua rede social) e de estilos cognitivos (Abbey, Andrews e Halman, 1995 segundo Matos e Ferreira, 2000).

As relações sociais levam a um melhoramento na saúde (House e Umberson, 1988, segundo Ramos, 2002). As relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, a ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para o controle pessoal, influenciando positivamente no bem-estar psicológico (Cockerham, 1991 segundo Ramos, 2002).

Havendo relação entre apoio social e saúde emerge a necessidade da sua avaliação.

## 2.1- AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

No contexto da saúde a avaliação do Apoio Social é de grande complexidade e subjetividade. De acordo com Ribeiro (1999), o Apoio Social é uma variável importante para a saúde mas não há uma uniformidade quanto à forma de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas. A variedade dessas técnicas reflete a complexidade da concepção do Apoio Social.

Ainda segundo o mesmo autor, existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, consideram diversos aspetos, componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problema de contemplar o Apoio Social na sua globalidade.

Matos e Ferreira (2000) referem que os primeiros índices utilizados para medir o apoio social eram muito gerais, mas posteriormente vários autores desenvolveram medidas para estudar a quantidade e qualidade do apoio social, no entanto, estas apresentaram problemas de fiabilidade e validade. As autoras com o seu trabalho pretenderam contribuir para o estudo dos aspetos quantitativos e funcionais do apoio social, avaliando a disponibilidade do apoio emocional, instrumental e informativo.

Assim, para avaliar o Apoio Social aplicaremos a Escala de Apoio Social, criada por Matos e Ferreira, em 2000. Trata-se de uma escala de auto resposta que permite obter uma medida do grau em que a pessoa avalia o seu apoio social (Matos e Ferreira, 2000). Ao longo dos anos, vários autores têm exposto a necessidade de conceptualizar o apoio social como um constructo multidimensional, de se considerarem dimensões específicas desse apoio, que podem indicar os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde (Cohen e Mc Kay, 1984; Norris e KaniastY, 1996; Uchino *et al.*, 1995 segundo Matos e Ferreira, 2000).

Para haver uma capacidade de resposta eficaz às necessidades de apoio social é essencial o empenhamento e desenvolvimento de competências dos vários profissionais, no sentido de colmatar as dificuldades da pessoa e família.

O suporte social exerce um papel essencial na promoção e manutenção da saúde física e mental da pessoa. As relações sociais podem promover a saúde de diversas maneiras, de acordo com o status socioeconómico, raça, estado civil, morbilidade, limitações da vida diária e comportamentos de risco (Ramos, 2002).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2003) é essencial perceber o ambiente familiar, relações afetivas, disponibilidade dos familiares e das instituições de suporte social na

preparação da alta clínica, pois, perceber o enquadramento socio familiar da pessoa é o primeiro passo para a reintegração social.

A relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais é uma relação recíproca, a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um processo natural, mas também por falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa. O aumento das relações sociais não é suficiente para o bem-estar da pessoa, é importante o carácter das interações, as pessoas idosas demonstram mais satisfação e bem-estar quando vivem com o cônjuge ou amigos e não quando vivem com filhos ou parentes. A capacidade e a possibilidade de ajudar e participar como sujeito ativo nas interações, promove resultados positivos na saúde, principalmente na saúde mental das pessoas idosas (Ramos, 2002).

A ocorrência de fratura do colo do fêmur na pessoa idosa é uma situação geradora de dependência que interfere não só com a pessoa como com quem a rodeia, pois interfere com as competências da pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas. Aquando da alta hospitalar a pessoa normalmente carece de ajuda na concretização das AVDs, sendo essencial o apoio social para o bem-estar físico, mental e satisfação das suas necessidades.

Terminamos assim, a abordagem teórica e segue-se o enquadramento metodológico do presente estudo.



PARTE II

ENQUADRAMENTO

METODOLÓGICO



## **1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

O momento de partida para uma pesquisa começa com uma dúvida, com indagações sobre o mundo que nos rodeia ou com um problema a ser resolvido, assim, este estudo surge em resposta à necessidade de conhecer o grau de dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur aquando da alta hospitalar.

O método científico apresenta-se como um processo mais sofisticado de aquisição de conhecimentos criado pelo Homem, sendo sempre um trabalho desenvolvido por várias etapas, todas elas interligadas e extremamente importantes. É caracterizado por ser um processo controlado, disciplinado e sistemático.

Para Fortin (2003) os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e orientações de uma investigação. O objetivo do estudo expõe de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.

Com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, as fraturas do colo do fêmur, suas implicações e limitações são uma realidade na nossa sociedade, segundo Direção geral da Saúde (2003) o seu número tem vindo a aumentar, calculando-se que em 2050, se atinjam os 6,26 milhões.

Assim, pretende-se conhecer as limitações que a fratura causa na vida da pessoa, alargar conhecimentos para melhor dar resposta às necessidades da pessoa pós fratura do colo do fêmur aquando da alta hospitalar, desenvolver-se estratégias no sentido de melhor satisfazer as necessidades da pessoa, maximizar a funcionalidade, e, assim, contribuir para melhoria da autonomia da pessoa.

A pessoa idosa e seus familiares, são sujeitos a mudanças no seu estilo de vida e nas suas atividades de vida diárias, sendo lícito conhecer as necessidades da pessoa idosa aquando da alta hospitalar. Assim, com a realização deste estudo pretendemos fazer uma avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur aquando da alta hospitalar nos serviços de Ortopedia/Traumatologia e elaborarmos uma proposta de intervenção de enfermagem de reabilitação com a finalidade de obtenção de ganhos em saúde no que se refere à independência da pessoa nas AVDs pós fratura do colo do

fémur, após a intervenção dos enfermeiros de reabilitação, atualmente existentes nos serviços de Ortopedia/Traumatologia.

De acordo com a avaliação da dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur, experiência profissional e de pesquisa acerca da reabilitação sugerida pelos vários autores (Santos *et al.*, 1992; Caneira, 1998; Barrick 2001; Pagès e Cuxart 2005 e Guimarães *et al.*, 2007) para a fratura do colo do fémur elaboramos o apêndice I, em que sugerimos um plano de intervenção a executar nos serviços de Ortopedia/Traumatologia pelos enfermeiros de reabilitação.

Este trabalho não tem a pretensão de se definir como uma teoria explicativa duma dada realidade empírica, mas sim de fornecer alguns contributos que permitam conhecer e compreender melhor a dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur aquando da alta hospitalar. Assim, optamos por um estudo quantitativo, visto que os dados colhidos serão tratados quantitativamente, com um método descritivo e correlacional, na medida em que consiste em descrever unicamente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a esclarecer as características desta população ou de uma amostra desta (Fortin, 2003). Correlacional, atendendo a que este desenho permite explorar as relações entre variáveis com a finalidade de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado (Fortin, 2003).

Neste capítulo caracterizamos o estudo e descrevemos os procedimentos efetuados com vista à sua concretização durante as várias etapas, assim, abordamos os aspetos relacionados com:

- Tipo de pesquisa;
- População/Amostra;
- Variáveis;
- Hipóteses;
- Instrumento de colheita de dados.

### 1.1- TIPO DE PESQUISA

Ao tentarmos estudar as necessidades da pessoa pós fratura do colo do fémur, verificamos que este estudo se enquadra no paradigma do método de investigação quantitativo, na medida em que se tem a preocupação de colher a informação objetivamente, para permitir a sua quantificação através de um instrumento de colheita

de dados, com o intuito de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação com o menor erro possível.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, este baseia-se na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível, tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (Fortin, 2003).

Quanto ao método utilizado, este estudo será do tipo descritivo-correlacional, uma vez que, tem como finalidade descrever o fenómeno, a avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo fémur aquando da alta do serviço de Ortopedia/Traumatologia, estabelecendo relações entre as suas variáveis, e assim dar o nosso contributo nesta temática

De acordo com Fortin (2003), no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, de forma a descrever essas relações. O seu principal objetivo é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno.

## 1.2- POPULAÇÃO/AMOSTRA

O termo população, refere-se ao conjunto de indivíduos, que têm em comum determinadas características. Para Fortin (2003), uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que repartem características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

A colheita de dados numa população numerosa é pouco viável, devido às dificuldades inerentes ao número elevado de elementos, ao tempo disponível e aos recursos necessários para efetuar uma pesquisa de investigação. Daí a necessidade de se recorrer a uma amostra populacional, que de acordo com Fortin (2003), é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, é uma réplica em miniatura da população alvo, esta deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

Para a realização deste estudo, a amostra populacional será do tipo não probabilística e construída através do método de amostragem acidental. Segundo Fortin (2003), a

amostragem não probabilística é um procedimento de seleção onde cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra, a amostra acidental é formada por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, no momento preciso, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.

Assim, temos uma amostra populacional definida num período de tempo pré estabelecido e constituída por elementos que se enquadram nos seguintes critérios:

- Pessoas com fratura do colo do fémur;
- Internadas nos serviços de Ortopedia/Traumatologia do Hospital de Santo André – Leiria no período de 1 de Fevereiro de 2011 a 1 de Junho de 2011;
- Sem deterioração intelectual grave após avaliação cognitiva com a Escala de Pfeiffer.

No período previsto obtivemos 30 elementos que reuniram os critérios de inclusão, assim, neste estudo, a amostra será constituída por 30 elementos, a quem foi aplicado o questionário de 1 de Fevereiro de 2011 a 1 de Junho de 2011, é de salientar que o questionário foi aplicado a 49 elementos internados nos serviços de Ortopedia/Traumatologia no referido período de tempo, mas 19 elementos foram excluídos do estudo por apresentarem deterioração intelectual grave após aplicação da escala de Pfeiffer.

É de salientar, que nos serviços de Ortopedia/Traumatologia a patologia do foro traumático mais frequente, são as fraturas do colo do fémur – atingindo as pessoas com idades superiores a sessenta anos, sendo mais frequente na mulher, devido a quedas, e fraturas dos ossos longos dos membros inferiores (fémur, tibia e perónio) – com maior incidência na faixa etária dos adultos jovens (idade média trinta anos) por acidentes de viação.

No que concerne aos recursos humanos, os serviços de Ortopedia/Traumatologia são constituídos, cada um por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, secretária de unidade, assistente social e apoio do serviço de medicina física e reabilitação.

### 1.3- VARIÁVEIS

Para a elaboração de um trabalho de investigação torna-se essencial a fase da caracterização das variáveis. Kerlinger segundo Fortin (2003), define variáveis como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou situações que são

estudadas numa investigação. Uma variável pode ocupar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos.

Assim, a variável dependente em estudo é “A dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur”, é o comportamento, característica ou o resultado que o pesquisador pretende compreender, explicar, prever ou influenciar (Polit e Hungler, 1995).

As variáveis independentes em estudo são:

- sexo;
- idade;
- peso corporal;
- função cognitiva;
- apoio social.

Estas variáveis são a causa, antecedente ou influência presumíveis em relação à variável dependente (Polit e Hungler, 1995)

#### 1.4- HIPÓTESES

A formulação de hipóteses constitui uma etapa essencial em qualquer investigação. O papel fundamental das hipóteses é sugerir explicações para os factos, com vista a fornecer importantes contributos para a compreensão da problemática em estudo.

Segundo Polit e Hungler (1999, p.75), hipótese é uma previsão experimental, ou uma explicação da relação entre dois ou mais variáveis, traduz uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, sujeitos à testagem empírica, através da colheita e análise dos dados.

Para Fortin (2003), uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta proposição. Ainda segundo a mesma autora, a hipótese abrange as variáveis em estudo, a população alvo, e o tipo de investigação a realizar. Tem um carácter de predizer os resultados do estudo, que indicam se a hipótese é confirmada ou infirmada.

Laureano (2011) refere que hipóteses são afirmações, mutuamente exclusivas, formuladas sobre a população, são sempre duas pois a afirmação verdadeira não é conhecida.

Para o estudo, formulamos hipóteses simples, pois relacionam a variável dependente com uma variável independente, com o objetivo de verificar as relações existentes entre as variáveis. Assim, e a partir de uma atitude reflexiva delineamos as seguintes hipóteses:

H1 – A dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur é diferente conforme o sexo;

H2 – Há relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a idade;

H3 - Há relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o peso corporal;

H4 - Existe relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a função cognitiva;

H5 – Existe relação entre a dependência funcional da pessoa idosa pós fratura do colo do fêmur e o apoio social.

Iremos de seguida descrever a operacionalização das variáveis através do instrumento de colheita de dados.

### 1.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Em qualquer trabalho, o investigador deve optar pelo instrumento de colheita de dados que mais se adequa ao tema em estudo, aos objetivos propostos, à população a que se destina, e ainda, ao horizonte temporal e aos recursos financeiros disponíveis para a realização da pesquisa.

Devido às características da população em estudo, nossa experiência profissional, que prevê uma amostra de população diversificada com elementos idosos, com escolaridade inexistente ou precária, optamos pelo questionário, pois permite a possibilidade de tornar mais objetivas as questões.

Segundo Fortin (2003) o questionário é um instrumento de medida que exprime os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis ajuda a organizar, a normalizar e a controlar dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Este questionário foi construído de acordo com os objetivos do estudo e em conformidade com as hipóteses e variáveis formuladas e é constituído por uma nota

introdutória onde se especifica a identificação dos autores, os objetivos do estudo e as garantias de confidencialidade. É formado por duas partes distintas: (Anexo I)

Parte I- Dados sociodemográficos e clínicos - constituída por quinze questões: onze caracterizam a amostra e três que se referem ao estado clínico do indivíduo;

Parte II – Escalas de avaliação

- Escala de Pfeiffer
- Índice de Barthel
- Escala de apoio social

### **Parte I – Dados Sócio – Demográficos e Clínicos**

Esta parte do questionário, contém questões relacionadas com dados pessoais, clínicos, habitacionais, e destino após alta, de forma a caracterizar melhor a amostra populacional. As variáveis/ itens utilizados, são os seguintes:

#### **Sexo**

Segundo a Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura (1991), o sexo é definido como condição orgânica que distingue o macho da fêmea. Com esta variável qualitativa nominal, pretendemos averiguar em que medida há relação entre o sexo do indivíduo e a dependência funcional. A operacionalização desta variável foi feita através de uma pergunta fechada e dicotómica em que foram consideradas duas categorias: feminino e masculino.

#### **Idade**

Duração ordinária da vida, tempo decorrido desde o nascimento, e medido em ano. (Enciclopédia Luso Brasileira da Cultura, 1991) Pretendemos verificar se existe alguma relação entre a idade do indivíduo e dependência funcional. Para o estudo desta variável quantitativa foi elaborada uma pergunta aberta, respondida em número de anos e a partir daí será calculada a média para testar a hipótese.

#### **Peso corporal/ Altura**

O peso corporal é o valor ponderal expresso em quilogramas, que corresponde ao peso do inquirido. A altura é o valor expresso em metros, que corresponde à altura corporal do inquirido. São variáveis quantitativas, operacionalizadas com perguntas abertas, com a qual pretendemos averiguar a sua relação com a dependência da pessoa pós fratura do colo fémur. Considerando a correspondência entre IMC e a obesidade os dados da variável serão posteriormente reclassificados em: baixo peso (inferior a 20); normal

(entre 20-24,9); obesidade leve (25-29,9); obesidade moderada (30-30,9); obesidade mórbida superior a (40).

#### **Patologias associadas?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada com uma pergunta de resposta mista.

#### **Com quem habita?**

Pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas quatro categorias: sozinho, familiar, conjugue, instituição ou outro.

#### **Habitação própria?**

Com esta questão pretende-se caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas duas categorias: sim e não.

#### **Condições da habitabilidade?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas quatro categorias: vivenda com escadas, vivenda sem escadas, apartamento com elevador e apartamento sem elevador.

#### **Antes da fratura deambulava?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas quatro categorias: com auxiliares de marcha, sem qualquer apoio ou não deambulava.

#### **Mecanismo desencadeante da fratura?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas quatro categorias: queda, acidente de viação, atropelamento ou outro.

#### **Aquando da fratura, houve outras lesões associadas?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra e foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, em que foram consideradas duas categorias: sim e não. Se sim, foram consideradas cinco categorias: traumatismo torácico, fratura membro superior, fratura bimalleolar, traumatismo craniano ou outras.

### **Métodos de imobilização?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra, sabendo o tipo de tratamento efetuado e foi operacionalizada com uma pergunta fechada, tendo sido consideradas duas categorias: conservador e cirúrgico. Se cirúrgico, foram consideradas quatro categorias: placa 95 ou 130, placa DHS, prótese parcial da anca ou prótese total da anca.

### **Complicações durante o internamento?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra, e foi operacionalizada com uma pergunta de resposta fechada, tendo sido consideradas duas categorias: sim e não. Se resposta sim, foram consideradas quatro categorias: luxação, pneumonia, infeção ou outras.

### **Alta para onde?**

Com esta questão pretendemos conhecer o destino após a alta de forma a caracterizar a amostra, foi operacionalizada com uma pergunta fechada, tendo sido consideradas quatro categorias: domicílio, cuidados continuados, instituição ou outro.

### **Se, alta para domicílio, há cuidador de referência?**

Com esta questão pretendemos caracterizar a amostra, conhecer o cuidador de referência no domicílio, foi operacionalizada com uma pergunta de resposta fechada, tendo sido consideradas três categorias: filhos, cônjuge ou outro.

### **Se alta para domicílio, que apoios?**

Com esta questão pretende-se caracterizar a amostra, conhecer outros tipos de apoio no domicílio, foi operacionalizada com uma pergunta de resposta fechada, tendo sido consideradas quatro categorias: sem apoio, apoio domiciliário, centro de dia ou outro.

## **Parte II – Escalas de avaliação**

### **Escala de Pfeiffer**

Para um conhecimento da função cognitiva da pessoa pós fratura do colo do fémur, consideramos pertinente a aplicação da Escala de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionary), pelo conhecimento da sua aplicação em estudos na Europa, nomeadamente em Espanha, onde foi validada (Iglésias *et al.* 2001) e em trabalhos de investigação em Portugal (Imaginário, 2008; Andrade, 2009).

A escala é constituída por dez perguntas abertas, são somados os itens com resposta errada criando um score total. Quanto maior a pontuação maior deterioração intelectual existe.

- 1- Em que dia estamos? Mês, dia e ano.
- 2- Que dia da semana é hoje?
- 3- Como se chama este lugar?
- 4- Qual o número do seu telefone? Se não tem telefone, qual é a direção da sua casa?
- 5- Que idade tem?
- 6- Quando nasceu? (dia, mês e ano)
- 7- Como se chama o atual Presidente da República?
- 8- Como se chamava o anterior Presidente da República?
- 9- Como se chama a sua mãe?
- 10- Se a 20 retira 3 quantos ficam?  
Desses que ficam se lhe retirar mais 3 quantos ficam?  
Se tirar mais 3 quantos ficam?

Score:

0-2 erros: Função intelectual intacta

3-4 erros: Deterioração intelectual baixa

5-7 erros: Deterioração intelectual moderada

8-10 erros: Deterioração intelectual grave (Pfeiffer, 1975).

### **Índice de Barthel**

Para obtermos um conhecimento mais aprofundado sobre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur consideramos pertinente a aplicação do Índice de Barthel. Esta escala avalia a independência funcional e a morbidade, indica se a pessoa necessita de cuidados ou não, pretende avaliar se a pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente (Lobo e Pereira, 2007). O Índice de Barthel foi validado por Mahoney e Barthel (1965).

A escala é constituída por dez itens: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se, controlo vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas. O seu total varia de 0-100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência muito leve e 100 independência (Lobo e Pereira, 2007).

A avaliação pode ser usada para determinar um nível basal de funcionamento e pode ser usado para monitorizar a melhoria nas atividades da vida diária ao longo do tempo. Os itens são ponderados de acordo com um esquema desenvolvido pelos autores. A pessoa

recebe uma pontuação de acordo se eles receberam ajuda durante a realização da tarefa. A pontuação para cada um dos itens são somados para criar um escore total. Quanto maior a pontuação mais "independente" a pessoa. Independência significa que a pessoa não precisa de assistência em qualquer parte da tarefa.

### Quadro I – Índice de Barthel

Índice de Barthel		
Alimentação	10	Independente
	5	Ajudado
	0	Dependente
Banho	5	Independente
	0	Dependente
Vestuário	10	Independente
	5	Ajudado
	0	Dependente
Higiene Pessoal	5	Independente
	0	Dependente
Dejeções	10	Contínente
	5	Incontínente Ocasional
	0	Incontínente
Micção	10	Contínente
	5	Incontínente Ocasional
	0	Incontínente
Uso do sanitário	10	Independente
	5	Ajudado
	0	Dependente
Transferências	15	Independente
	10	Ajudado Mínima
	5	Grande Ajudado
	0	Dependente
Deambulação	15	Independente
	10	Ajudado
	5	Independente em cadeira de rodas
	0	Dependente
Escadas	10	Independente
	5	Ajudado
	0	Dependente
Adaptado de Hoeman (2000)	TOTAL	

### Escala de Apoio Social

Como foi referido na fundamentação teórica o apoio social é definido normalmente em função da disponibilidade das pessoas e na confiança individual, isto é, em quem se

pode confiar, fazendo com que o indivíduo se sinta de alguma forma acarinhado, amado e válido como pessoa. Neste âmbito para operacionalizarmos a variável Apoio Social, optamos por utilizar a Escala de Apoio Social que foi desenvolvida e validada por Matos e Ferreira (2000), esta visa a avaliação do apoio social percebido, definido normalmente em função da disponibilidade das pessoas, na confiança individual, isto é, em quem se pode confiar e que faz com que o indivíduo se sinta acarinhado, amado e válido como pessoa.

É uma escala do tipo Likert, constituída por 16 itens, pontuados de 1 a 5, que possibilitam a descrição de três tipos de apoio:

Apoio Informacional – Esta dimensão pretende avaliar até que ponto os indivíduos sentem que têm alguém capaz de lhes fornecer informação ou dar conselhos para a resolução de um problema. Esta engloba os itens 1, 6, 7, 8, 9 e 10, atingindo uma pontuação mínima de 6 e máxima de 30.

Apoio Emocional – Esta dimensão visa a avaliação de sentimentos percebidos, como o amor, estima, carinho e empatia, permitindo que as pessoas sejam elas mesmas e se interajam. Esta contém os itens 2, 3, 4, 5 e 11, variando a pontuação entre mínima de 5 e máxima de 25.

Apoio Instrumental – Esta dimensão tenta medir até que ponto a pessoa sente que tem alguém que a ajude materialmente, isto é, ajudas no desempenho de tarefas, financeiras, entre outras. Os itens 12, 13, 14, 15 e 16 correspondem a esta dimensão, variando entre 5 de mínima e 25 de máxima.

Para determinar as pontuações das três dimensões do apoio social devem ser somados os valores, de 1 a 5, obtidos em cada item e pertencentes a cada dimensão, após prévia inversão dos valores dos itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16. Assim sendo, quanto mais alto é o valor da Escala de Apoio Social maior é o apoio social de que o indivíduo dispõe ou recebe.

**Quadro II – Escala do Apoio Social**

Factor	Conteúdo dos Itens	Item	Pontuação
Apoio Informacional	Com um problema grave, há alguém a levantar-se de noite	1	1 a 5
	As minhas relações próximas transmitem-me segurança	6	1 a 5
	Há alguém que me dá informações se estiver desorientado	7	1 a 5
	Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer	8	1 a 5
	Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer	9	1 a 5
	Tenho pessoas com quem posso contar em caso de doença	10	1 a 5
Apoio Emocional	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar o que sou	2	1 a 5
	Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais	3	1 a 5
	Quando é necessário falar de mim, sei de alguém que me ouviria	4	1 a 5
	Não tenho ninguém a quem demonstrar que estou nervoso ou deprimido	5	1 a 5
	Tenho alguém com quem posso contar para tomar conta dos meus filhos	11	1 a 5
Apoio Instrumental	Quando preciso de ajuda financeira tenho a quem recorrer	12	1 a 5
	Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas	13	1 a 5
	Quando me sinto com muitas responsabilidades não tenho ninguém	14	1 a 5
	Quando não tenho dinheiro sei a quem recorrer	15	1 a 5
	Quando me sinto com muitas tarefas domésticas não tenho ajuda	16	1 a 5

Matos e Ferreira (2000)

Após a elaboração do questionário, aplicamos à população em estudo, com o intuito de executar o seu pré teste, como não surgiram dúvidas no seu preenchimento e a informação obtida era a pretendida para o estudo, seguimos com a sua aplicação.

De acordo com Fortin (2003) é indispensável recorrer ao pré-teste do questionário, pois este tem como objetivo principal de avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento de colheita de dados, junto da amostra, dando assim, hipótese ao investigador de reformular as questões e/ou resolver problemas relativos à compreensão semântica, à

colheita de informações desejadas, à ambiguidade das questões e ainda do tempo dispensado no seu preenchimento.

### **1.5.1 – Procedimentos formais e éticos**

Quando a investigação envolve a participação de seres humanos, as questões morais e éticas têm de ser salvaguardadas. O direito individual da pessoa à sua integridade física e funcional, situa-se acima do avanço dos conhecimentos (Polit e Hungler, 1995).

Para podermos aplicar o instrumento de colheita de dados, fizemos um pedido de autorização formal e por escrito à administração do Hospital de Santo André EPE – Leiria (ANEXO II).

Após deferimento favorável do pedido de autorização (ANEXO III), iniciamos a aplicação do instrumento de colheita de dados, esta efetuou-se durante o período de 1 de Fevereiro a 1 de Junho de 2011.

Todos os participantes foram informados que poderiam interromper a sua participação em qualquer momento da sua colaboração.

Assim, após o consentimento em participar neste estudo, cada elemento respondeu individualmente ao questionário, através da entrevista, em espaço apropriado.

O preenchimento do instrumento demorou em média cerca de vinte minutos.

Foi garantida a confidencialidade dos dados de todos os participantes obtidos tanto no processo individual do doente, como nos dados recolhidos através das escalas de avaliação cognitiva de Pfeiffer, de avaliação do nível de independência funcional (Índice de Barthel) e de avaliação social.

## **1.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO**

A análise estatística e interpretação dos dados, é efetuada com o objetivo de caracterizar a amostra e testar as hipóteses inicialmente levantadas.

Os dados obtidos no questionário foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 17.

Após a conclusão da base de dados, efetuamos uma análise dos valores e frequências de todos os itens com o objetivo de detetar eventuais erros na introdução dos dados.

Uma vez constituída a base de dados inicial, recorreremos à estatística descritiva a fim de verificar os resultados.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizamos técnicas da Estatística Descritiva, nomeadamente:

- Frequências absolutas ( $n^\circ$ ) e relativas (%);
- Medidas de tendência central – média ( $\bar{X}$ ), mediana ( $M_d$ ) e moda ( $M_o$ );
- Medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão ( $s$ ), mínimos ( $X_{\min}$ ), máximos ( $X_{\max}$ ) e coeficiente de variação ( $cv$ ).

Segundo Pestana e Gageiro (2008) utiliza-se a estatística descritiva para descrever os dados através de indicadores chamados estatísticos, como é o caso da moda, média e desvio padrão.

Em função das variáveis em estudo utilizamos para a verificação da normalidade das variáveis o teste de Shapiro-Wilk. De acordo com Laureano (2011) o teste de Shapiro-Wilk aplica-se quando se pretende verificar se a distribuição de uma variável quantitativa é normal, e é o teste de aderência à normalidade mais robusto quando se tem pequenas amostras ( $n$  inferior ou igual a 50).

Assim, aplicamos à amostra o teste de Shapiro-Wilk para cada um dos itens que constituem o índice de Barthel e utilizamos, o seguinte critério de decisão a 95%: aceita-se a hipótese de normalidade se a significância ( $p$  value)  $> 0,05$  e rejeitar a hipótese de normalidade se a significância ( $p$  value)  $\leq 0,05$ .



## 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

No âmbito da apresentação dos resultados, caracterizamos a amostra em estudo, com ajuda de quadros de distribuição, de frequências e de medidas de tendência central e de dispersão ou variabilidade.

Os dados serão apresentados em quadros nos quais se omite a fonte por se tratar de dados respeitantes à aplicação do instrumento.

### 2.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### Sexo, idade

Observando a distribuição da amostra segundo as características sócio demográficas, quadro III, verificamos, no que respeita ao sexo dos inquiridos, que prevalece o sexo feminino com 19 (63,3 %) dos inquiridos, o sexo masculino representa 11 (36,7 %) da amostra. Relativamente à idade da amostra distribuída por grupos etários, verificamos que dos 30 inquiridos 14 (46,7%) encontram-se no grupo os 75 aos 84 anos, 10 (33,3%) no grupo dos 85-95 anos e apenas 6 (20%) se encontram no grupo dos 65-74 anos.

#### Quadro III - Distribuição dos elementos da amostra segundo características socio demográficas

Caracterização socio demográficas	Nº	%
Sexo		
Homens	11	36,7
Mulheres	19	63,3
Idade		
65 – 74	6	20
75 – 84	14	46,7
85 – 95	10	33,3
Total de cada item	30	100,0

Pela observação do quadro IV, verificamos que a média de idades observada dos inquiridos do sexo masculino foi de 79,73 anos, para um desvio padrão de 7,9 anos, o mínimo observado foi de 67 anos para um máximo de 94 anos. Relativamente ao sexo feminino a média de idade foi de 82,11 para um desvio padrão de 6,24 anos, o mínimo observado foi de 71 anos para um máximo de 92 anos.

#### Quadro IV - Caracterização dos elementos da amostra segundo a Idade e Sexo

	N	X min	X máx	Média	Desvio padrão
Homens	11	67	94	79,73	7,90
Mulheres	19	71	92	82,11	6,24

#### Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (I.M.C)

Pela observação do quadro V verificamos que a média de peso é de 70,2 Kg, sendo o mínimo de 45 Kg e o máximo de 110Kg, para um desvio padrão de 14,3.

Quanto à altura que a média observada dos inquiridos foi de 1.62 m, para um desvio padrão de 0.09, o mínimo observado foi de 1.49m para um máximo de 1.80m. Relativamente ao índice massa corporal a média observada dos inquiridos foi de 26.9, para um desvio padrão de 5.1, o mínimo observado foi de 19.5 para um máximo de 43.

#### Quadro V – Caracterização dos elementos da amostra segundo o Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (I.M.C)

	N	X min	X máx	Média	Desvio padrão
Peso	30	45	110	70,2	14,3
Altura	30	1,49	1,80	1,62	0,09
Índice de Massa Corporal	30	19,5	43	26,9	5,1

Observando o quadro VI, verificamos que da amostra, 40% (12) tem peso normal, 36,7% (11) com excesso de peso, 16,7% (5) com obesidade moderada, e 3,3% (1) com obesidade grave e obesidade mórbida.

**Quadro VI - Caracterização dos elementos da amostra segundo classificação de acordo com índice de massa corporal**

Grupos de IMC	Nº	%
Normal	12	40,0
Excesso de peso	11	36,7
Obesidade Moderada	5	16,7
Obesidade grave	1	3,3
Obesidade mórbida	1	3,3
Total	30	100

**Patologias associadas antes da fratura**

Observando o quadro VII verificamos que 26,7% (8) dos inquiridos apresentam mais do que uma das seguintes patologias associadas, 23,3% (7) não apresentavam patologias associadas antes da fratura, 16,7 (5) apresentavam hipertensão arterial antes da fratura, 13,3% (4) outras patologias não especificadas, 13,3% (4) problemas neurológicos, 3,3% (1) problemas metabólicos e 3,3% (1) problemas cardíacos.

**Quadro VII - Distribuição dos elementos da amostra segundo as patologias associadas antes da fratura**

Patologias associadas	Nº	%
Problemas metabólicos	1	3,3
Problemas neurológicos	4	13,3
Problemas cardíacos	1	3,3
Hipertensão arterial	5	16,7
Outros	4	13,3
Sem patologia associada	7	23,3
+ que uma patologia	8	26,7
Total	30	100

**Com quem habita antes da fratura**

Observando o quadro VIII verificamos que 11(36,7%) vive com o cônjuge, 9(30%) com familiar, 8(26,7) vive sozinho e 3(10%) vive numa instituição.

**Quadro VIII - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com quem habita**

Habita	Nº	%
Sozinho	8	26,7
Familiar	9	30
Cônjuge	11	36,7
Instituição	3	10
Outra situação	0	0
Total	30	100

**Condições habitacionais**

Observando o quadro IX, verificamos que 24(80%) vive em habitação própria e apenas 6(20%) vive em habitação de outrem. Quanto às características da habitação verificamos que 16(53,3%) vive em vivenda com escadas, 12(40%) em vivenda sem escadas, 1(3,3%) apartamento com elevador e 1(3,3%) apartamento sem elevador.

**Quadro IX - Distribuição dos elementos da amostra segundo as condições habitacionais**

Condições habitacionais	Nº	%
Habitação própria		
Sim	24	80
Não	6	20
Total	30	100
Características da habitação		
Vivenda com escadas	16	53,3
Vivenda sem escadas	12	40
Apartamento com elevador	1	3,3
Apartamento sem elevador	1	3,3
Total de cada item	30	100

**Deambulação no domicílio**

Observando o quadro X verificamos que todos os elementos da amostra deambulavam antes da fratura, 21 (70%) sem qualquer apoio e 9(30%) com auxiliar de marcha.

**Quadro X- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com a deambulação no domicílio**

Deambulação	Nº	%
Com auxiliar de marcha	9	30
Sem qualquer apoio	21	70
Não deambulava	0	0
Total	30	100

**Fator desencadeante da fratura**

Observando o quadro XI verificamos que a queda 30 (100%) foi o fator desencadeante da fratura.

**Quadro XI- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com fator desencadeante da fratura**

Fator desencadeante	Nº	%
Queda	30	100
Acidente de viação	0	0
Atropelamento	0	0
Outro motivo	0	0
Total	30	100

**Lesões associadas aquando da fratura e tipos de lesões**

Observando os quadros XII e XIII verificamos que em apenas 3(10%) houve lesões associadas, nomeadamente 1(3,3%) com traumatismo torácico, 1(3,3%) fratura do membro superior e 1(3,3%) com traumatismo craniano.

**Quadro XII- Distribuição dos elementos da amostra segundo as lesões associadas aquando da fratura**

Lesões associadas	Nº	%
Sim	3	10
Não	27	90
Total	30	100

**Quadro XIII- Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de lesões associadas aquando da fratura**

Tipo de lesões	Nº	%
Traumatismo torácico	1	3,3
Fratura membro superior	1	3,3
Fratura bimalleolar	0	0
Traumatismo craniano	1	3,3
Outras lesões	0	0
Total	3	9,9

**Tipo de imobilização**

Observando o quadro XIV verificamos que em 13(43,3%) foi aplicada prótese parcial da anca, 8(26,7%) placa DHS, 5(16,7%) placa 90 ou 120 e 4(13,3%) prótese total da anca.

**Quadro XIV- Distribuição dos elementos da amostra segundo tipo de imobilização**

Tipo de imobilização	Nº	%
Placa 90 ou 120	5	16,7
Placa DHS	8	26,7
Prótese parcial anca	13	43,3
Prótese total anca	4	13,3
Total	30	100

**Complicações durante o internamento**

Observando o quadro XV verificamos 7(23,3%) tiveram complicações do foro hematológico.

**Quadro XV- Distribuição dos elementos da amostra segundo tipo de complicações durante o internamento**

Complicações	Nº	%
Luxação	0	0
Pneumonia	0	0
Infeção	0	0
Hematológicas	7	23,3
Total	7	23,3

### **Destino após a alta**

Observando o quadro XVI verificamos que 18(60%) foram para o domicílio, 9(30%) para instituições, 3(10%) cuidados continuados e 1(3,3%) para outro local.

### **Quadro XVI- Distribuição dos elementos da amostra segundo destino após a alta**

Alta	Nº	%
Domicílio	18	60
Cuidados continuados	3	10
Instituição	9	30
Outro local	0	0
Total	30	100

### **Cuidador de referência no domicílio e tipo de apoio**

Observando o quadro XVII verificamos que 10(55,6%) tiveram os filhos como cuidador de referência, 7(38,9%) o cônjuge e apenas 1(3,3%) um outro cuidador não especificado. Relativamente ao apoio no domicílio (quadro XVIII) verificamos que 14(77,8%) não tem apoio, 2(11,1%) tem apoio domiciliário e 2(11,1%) terá outro apoio.

### **Quadro XVII- Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o cuidador de referência no domicílio**

Cuidador referência	Nº	%
Filhos	10	55,6
Cônjuge	7	38,9
Outro	1	5,6
Total	18	100

### **Quadro XVIII- Distribuição dos elementos da amostra segundo o apoio no domicílio**

Apoio domicílio	Nº	%
Sem apoio	14	77.8
Apoio domiciliário	2	11.1
Centro de dia	0	0
Outro apoio	2	11.1
Total	18	100

### **Avaliação cognitiva**

Observando o quadro XIX, verificamos que 18(60%) apresenta função intelectual intacta, 9(30%) deterioração intelectual baixa e 3(10%) deterioração intelectual moderada.

### **Quadro XIX- Distribuição dos elementos da amostra segundo a avaliação cognitiva (Escala de Pfeiffer)**

Nº de erros	Nº	%
0-2 erros: Função intelectual intacta	18	60
3-4 erros : Deterioração intelectual baixa	9	30
5-7 erros: Deterioração intelectual moderada	3	10
Total	30	100

### **Avaliação funcional**

Relativamente à avaliação funcional em cada item do índice de Barthel, verificamos pelo quadro XX que relativamente à alimentação 10(33,3%) são dependentes, 16(53,3%) precisam de ajuda e 4(13,3%) são independentes. Relativamente ao banho 28(93,3%) são dependentes e apenas 2(6,7%) são independentes. No vestir 17(56,7%) são dependentes, 11(36,7%) necessitam de ajuda, apenas 1(3,3%) é independente. Na higiene pessoal 19(63,3%) são dependente e 11(36,7%) eram independentes. Nas dejectões 22(73,3%) são incontinentes ocasionais, 8 (26,7%) continentas e nenhum incontinente. Na micção 21(70%) são incontinentes ocasionais, 8(26,7%) continentas e 1(3,3%) incontinente. Quanto ao uso do sanitário 18(60%) necessita de ajuda, 8(26,7%) necessitam de ajuda e 4(13,3%) são independentes. Na passagem cadeira - cama 17(56,7%) necessitam de grande ajuda, 8(26,7%) de ajuda mínima, 5(16,7%) são dependentes e ninguém é independente. Na deambulação 23(76,7%) são dependentes, 3(10%) precisam de ajuda, 3(10%) são independentes na cadeira de rodas e apenas 1(3,3%) é independente. Nas escadas 29(96,7%) são dependentes, 1(3,3%) necessita de ajuda e dos inquiridos não há ninguém independente.

Relativamente à avaliação funcional e de acordo com o grau de independência (score do índice de Barthel), verificamos pelo quadro XXI que 8(26,7%) apresentam dependência total, 17(56,6%) dependência grave, 5(16,7%) dependência moderada.

**Quadro XX- Distribuição dos elementos da amostra segundo a avaliação funcional (índice de Barthel)**

Avaliação Funcional	Nº	%
<b>Alimentação</b>		
Independente	4	13,3
Ajuda	16	53,3
Dependente	10	33,3
<b>Banho</b>		
Independente	2	6,7
Dependente	28	93,3
<b>Vestuário</b>		
Independente	1	3,3
Ajuda	11	36,7
Dependente	17	56,7
<b>Higiene pessoal</b>		
Independente	11	36,7
Dependente	19	63,3
<b>Dejeções</b>		
Continente	8	26,7
Incontinente ocasional	22	73,3
Incontinente	0	0
<b>Micção</b>		
Continente	8	26,7
Incontinente ocasional	21	70
Incontinente	1	3,3
<b>Uso sanitário</b>		
Independente	4	13,3
Ajuda	18	60
Dependente	8	26,4
<b>Passagem cadeira -cama</b>		
Independente	0	0
Ajuda mínima	8	26,7
Grande ajuda	17	56,6
Dependente	5	16,7
<b>Deambulação</b>		
Independente	1	3,3
Ajuda	3	10
Independente cadeira rodas	3	10
Dependente	23	76,7
<b>Escadas</b>		
Independente	0	0
Ajuda	1	3,3
Dependente	29	96,7
Total de cada item	30	100

**Quadro XXI - Distribuição dos elementos da amostra segundo o grau de independência por grupo**

Avaliação Funcional	Nº	%
Dependência total (0-20)	8	26,7
Dependência grave (21-60)	17	56,7
Dependência moderada (61-90)	5	16,7
Dependência muito leve (91-99)	0	0
Independência (100)	0	0
Total	30	100

Pela análise dos quadros XXI e XXII constatamos que 56,7% dos inquiridos apresentam uma dependência grave, sendo que da totalidade da amostra verifica-se uma média de 37 (Desvio Padrão=21,3), ou seja, de dependência grave.

**Quadro XXII - Caracterização dos elementos da amostra quanto ao grau de independência**

	N	X min	X máx	Media	Desvio Padrão
Índice de Barthel- Total	30	10	90	37	21,3

**Apoio social**

Relativamente ao apoio social, verificamos pelo quadro XXIII, que o tipo de apoio mais elevado se situa ao nível do apoio instrumental com uma média de 21,17 e um desvio padrão de 2,8 seguido do apoio emocional com uma média de 21,1 e um desvio padrão de 5,1 e o valor mais baixo registou-se no apoio informacional com uma média de 17,3 e um desvio padrão de 3,2.

Constatamos ainda que o total do apoio social apresenta uma média de 59,5 e um desvio padrão de 9,8.

**Quadro XXIII- Caracterização dos elementos da amostra quanto ao apoio social**

Apoio social	N	Xmin	Xmáx	Média	Desvio padrão
Apoio informacional	30	12	30	17,13	3,2
Apoio emocional	30	12	25	21,10	5,1
Apoio instrumental	30	15	25	21,27	2,8
Total suporte (apoio social)	30	40	80	59,50	9,8

## 2.2- ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização e análise da amostra passamos à apresentação dos resultados inerentes a cada uma das hipóteses em estudo.

Os testes de hipóteses visam testar suposições efetuadas sobre a população, testam se certas hipóteses estatísticas formuladas sobre os parâmetros da população ou sobre as suas distribuições são ou não rejeitadas (Laureano, 2011).

A fim de se optar pelo teste adequado tivemos presente vários requisitos: tipo de variáveis (qualitativas, quantitativas), distribuição normal e homogeneidade das variâncias. Para a verificação da aderência à normalidade das variáveis em estudo aplicamos testes não paramétricos e o teste mais adequado por se tratar de amostras pequenas (30) é o teste Shapiro-Wilk.

Assim, aplicamos à amostra o teste de Shapiro-Wilk para cada um dos itens que constituem o índice de Barthel e utiliza-se, o critério de decisão a 95%: Não rejeitar a hipótese de normalidade se a significância (p value) > 0,05 e rejeita-se a hipótese de normalidade se a significância (p value)  $\leq 0,05$ .

Obtivemos os resultados apresentados na seguinte tabela, em que se indica para cada item do índice de Barthel: a estatística e a significância (p value).

### **Quadro XXIV - Resultados da aplicação do teste de Shapiro-Wilk a cada item do índice de Barthel**

Índice de Barthel	Teste Shapiro-Wilk	
	Estatística	p value
Alimentação	0,789	0,000
Banho	0,275	0,000
Vestuário	0,686	0,000
Higiene Pessoal	0,612	0,000
Dejeções	0,554	0,000
Micção	0,669	0,000
Uso do sanitário	0,778	0,005
Transferências	0,794	0,011
Deambulação	0,561	0,000
Escadas	0,180	0,000

De acordo com os valores apresentados no quadro anterior, em que a todos se rejeita a normalidade optamos por aplicar em todas as hipóteses os testes não paramétricos.

### **A dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur é diferente conforme o sexo**

Tendo presente a não normalidade da distribuição das variáveis e o facto da variável sexo ser qualitativa e composta por dois grupos optamos por aplicar o teste de Mann-Whitney.

Assim, para cada um dos dez itens aplicamos o teste de Mann-Whitney em que se obteve os resultados apresentados na tabela seguinte. Apesar das diferenças observadas no valor de todos os itens do estado funcional entre homens e mulheres constatamos que as diferenças não têm significado estatístico ( $p > 0,05$ ).

### **Quadro XXV- Resultados da aplicação do teste de U de Mann-Whitney a cada item do índice de Barthel consoante o sexo dos inquiridos**

Índice de Barthel	Masculino n1-11 Média Rank	Feminino n2-19 Média Rank	U	Z	p
Alimentação	18,68	13,66	69,500	-1,674	0,094
Banho	14,50	16,08	93,500	-1,095	0,273
Vestuário	16,09	15,16	98,000	-0,326	0,744
Higiene Pessoal	16,82	14,74	90,000	-0,747	0,455
Dejeções	14,23	16,24	90,500	-0,786	0,432
Micção	14,64	16,00	95,000	-0,512	0,609
Uso do sanitário	14,77	15,92	96,500	-0,394	0,694
Transferências	16,55	14,89	93,000	-0,555	0,579
Deambulação	15,82	15,32	101,000	-0,203	0,839
Escadas	16,36	15,00	95,000	-1,314	0,189
Total	15,82	15,32	101,000	-,151	0,880

De acordo com os valores apresentados anteriormente verificamos que não há diferença na dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur nos dois sexos.

Em síntese, concluímos que o sexo não se relaciona com o grau de dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur, aceitando se a hipótese nula.

## **Há relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a idade**

Para avaliar se existe relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a idade testamos estatisticamente se se poderá definir uma relação linear entre as pontuações obtidas nos vários itens que constituem o índice de Barthel e a idade.

Assim, testamos estatisticamente se o coeficiente de correlação de Spearman entre a pontuação obtida em cada um dos itens que constituem o índice de Barthel e a idade dos inquiridos (população) poderá ser considerado igual a zero. Se igual a zero não existe uma relação linear entre eles, se para algum par: item do índice de Barthel-idade o coeficiente de correlação de Spearman é diferente de zero poderá identificar uma dependência linear entre esse item e a idade.

Obtivemos os resultados apresentados na tabela seguinte, em que se indica para cada item: o valor do coeficiente de correlação de Spearman (rs) e a significância (o p value) desse valor.

### **Quadro XXVI - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e a idade**

Índice de Barthel	Idade	
	rs	P
Alimentação	0,196	0,30
Banho	0,077	0,69
Vestuário	0,288	0,12
Higiene Pessoal	-0,016	0,93
Dejeções	0,249	0,19
Micção	0,041	0,83
Uso do sanitário	0,348	0,06
Transferências	0,221	0,24
Deambulação	0,012	0,95
Escadas	-0,290	0,12
Total	0,294	0,11

Em função da avaliação do valor de p verificamos que não há diferença significativa da dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur nas diferentes idades.

Em síntese, concluímos que a idade não se relaciona com o grau de dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur, aceitando se a hipótese nula.

### **Há relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o índice de massa corporal**

Para avaliar se existe relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o índice de massa corporal testamos estatisticamente se se poderá definir uma relação linear entre as pontuações obtidas nos vários itens que constituem o índice de Barthel e o índice de massa corporal.

Assim, aplicamos o teste estatístico adequado ao carácter escalar das variáveis, ou seja, a correlação de spearman. Verificamos que existe uma correlação fraca, negativa e não significativa ( $p > 0,05$ ) entre IMC e os diferentes itens do Índice de Barthel. Estes resultados permitem afirmar que quanto mais baixo o IMC mais elevado o valor da funcionalidade, no entanto sem significado estatístico. A hipótese experimental é rejeitada e aceita a nula.

### **Quadro XXVII - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e o índice de massa corporal**

Índice de Barthel	Peso corporal (índice de massa corporal)	
	rs	P
Alimentação	-0,115	0,55
Banho	0,124	0,52
Vestuário	-0,051	0,79
Higiene Pessoal	-0,220	0,24
Dejeções	-0,035	0,86
Micção	0,063	0,74
Uso do sanitário	-0,134	0,48
Transferências	-0,117	0,54
Deambulação	0,085	0,66
Escadas	-0,032	0,87
Total	-0,153	0,42

De acordo com os valores apresentados anteriormente verificamos que não se verifica diferença na dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o índice de massa corporal.

Concluimos que o índice de massa corporal não se relaciona com o grau de dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur, aceitando se a hipótese nula.

### **Existem relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a função cognitiva**

Para avaliar se existe relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a função cognitiva testamos estatisticamente se se poderá definir uma relação linear entre a pontuação obtida em cada um dos itens que constituem o índice de Barthel e a função cognitiva (representada pela escala de Pfeiffer)

Seguindo, mais uma vez, a metodologia anterior, testamos estatisticamente se o coeficiente de correlação de Spearman entre a pontuação obtida em cada dos itens (população) que constituem o índice de Barthel e a função cognitiva (representada pela escala de Pfeiffer) poderia ser considerado igual a zero. Se igual a zero existe uma relação linear entre elas, em alternativa, se para algum par item do índice de Barthel – função cognitiva o coeficiente de correlação de Spearman for diferente de zero, poderá identificar uma dependência linear entre esse item (da população) e a situação identificada.

Obtivemos os resultados apresentados na tabela seguinte, em que se indica para cada item do índice de Barthel e a função cognitiva (representada pela escala de Pfeiffer): o valor do coeficiente de correlação de Spearman  $r_s$ , a significância (o p value) desse valor.

### **Quadro XXVIII - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman a cada item do Índice de Barthel e a função cognitiva**

Índice de Barthel	Função cognitiva/ grupos Pfeiffer	
	$r_s$	P
Alimentação	-0,372*	0,043
Banho	0,027	0,889
Vestuário	-0,242	0,198
Higiene Pessoal	-0,358	0,052
Dejeções	-0,345	0,062
Micção	-0,248	0,187
Uso do sanitário	-0,394*	0,031
Transferências	-0,378*	0,04
Deambulação	-0,286	0,125
Escadas	-0,148	0,435
Total	-0,436	0,016

Em função dos resultados apresentados na tabela anterior, e em função do valor de  $p$  verificamos que há diferença significativa entre a função cognitiva e a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur no que respeita aos itens do Índice de Barthel: alimentação; higiene pessoal; uso do sanitário e transferências, e no que respeita à função cognitiva e o total do Índice de Barthel. A relação existente entre todos estes itens é negativa, ou seja, ao aumentar o valor do índice de Barthel diminui os valores da função cognitiva. Isto significa que as pessoas que apresentam melhor função cognitiva são menos dependentes na alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário e transferências, assim como, as pessoas com melhor função cognitiva apresentam maior independência.

### **Existe relação entre a dependência funcional da pessoa idosa pós fratura do colo do fêmur e o apoio social**

Para avaliar se existe relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur e cada uma das 3 dimensões do Apoio Social e, ainda, da pontuação total do Apoio Social testamos estatisticamente se se poderá definir uma relação linear entre a pontuação obtida em cada um dos dez itens que constituem o índice de Barthel e a pontuação de cada uma das 3 dimensões do Apoio Social: Apoio Emocional; Apoio Informacional; Apoio Instrumental e, também, a pontuação total do Apoio Social

Seguindo, a metodologia anterior, testa-se estatisticamente se o coeficiente de correlação de Spearman entre a pontuação obtida em cada dos itens (população) que constituem o índice de Barthel e cada uma das 3 dimensões do Apoio Social e, ainda, da pontuação total do Apoio Social poderá ser considerado igual a zero. Se igual a zero não existe relação linear entre elas, em alternativa, se para algum par item do índice de Barthel – Apoio Emocional; Apoio Informacional; Apoio Instrumental e, total do Apoio Social o coeficiente de correlação de Spearman é diferente de zero, poderá identificar uma dependência linear entre esse item (da população) e cada uma das 3 dimensões do Apoio Social e, ainda, da pontuação total do Apoio Social.

Obtivemos os resultados apresentados na tabela seguinte, em que se indica para cada par item índice de Barthel e cada uma das 3 dimensões do Apoio Social e, ainda, da pontuação total do Apoio Social: o valor do coeficiente de correlação de Spearman  $r_s$ , a significância (o  $p$  value) desse valor. Estão assinalados os pares para os quais os valores de  $r_s$  e de  $p$  determinam uma decisão distinta das restantes no critério definido.

**Quadro XXIX - Resultados da aplicação do coeficiente de correlação de spearman a cada item do índice de Barthel e cada dimensão do apoio social**

Índice de Barthel	Apoio social			
	Apoio Emocional	Apoio Informacional	Apoio Instrumental	Total Apoio Social
Alimentação	rs = 0,275 p = 0,141	rs = 0,096 p = 0,614	rs = 0,096 p = 0,614	rs = 0,149 p = 0,43
Banho	rs = - 0,343 p = 0,063	rs = -0,341 p = 0,065	rs = -0,413* p = 0,023	rs = -0,417* p = 0,022
Vestuário	rs = 0,026 p = 0,891	rs = -0,142 p = 0,454	rs = 0,048 p = 0,801	rs = -0,088 p = 0,644
Higiene Pessoal	rs = 0,089 p = 0,641	rs = 0,100 p = 0,598	rs = 0,085 p = 0,657	rs = 0,084 p = 0,659
Dejeções	rs = 0,321 p = 0,084	rs = 0,35 p = 0,058	rs = 0,136 p = 0,473	rs = 0,318 p = 0,087
Micção	rs = 0,329 p = 0,076	rs = 0,35 p = 0,058	rs = 0,233 p = 0,215	rs = 0,323 p = 0,081
Uso do sanitário	rs = 0,384* p = 0,036	rs = 0,098 p = 0,605	rs = 0,234 p = 0,214	rs = 0,233 p = 0,215
Transferências	rs = 0,124 p = 0,516	rs = -0,041 p = 0,828	rs = 0,11 p = 0,563	rs = 0,037 p = 0,846
Deambulação	rs = 0,023 p = 0,904	rs = -0,002 p = 0,991	rs = -0,133 p = 0,484	rs = -0,051 p = 0,787
Escadas	rs = 0,26 p = 0,165	rs = 0,259 p = 0,168	rs = 0,281 p = 0,132	rs = 0,268 p = 0,151

Observando a tabela anterior, e em função do valor de p verificamos que há diferença significativa na dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o apoio social no que respeita aos itens do Índice de Barthel Banho-Apoio Instrumental; item do Índice de Barthel Banho-Total de Apoio Social; item do Índice de Barthel Uso do sanitário-Apoio Emocional e item do Índice de Barthel Dejeções- Apoio Informacional. A relação existente entre item do Índice de Barthel Banho-Apoio Instrumental; item do Índice de Barthel Banho-Total de Apoio Social é negativo, o que significa que quanto menor dependência no banho, menor a necessidade de apoio instrumental e o total de apoio social.

A relação existente entre o item do Índice de Barthel Dejeções- Apoio Informacional; item do Índice de Barthel Uso do sanitário-Apoio Emocional é positiva, o que significa que quanto maior a dependência no uso do vaso sanitário, maior a necessidade de apoio emocional e quanto maior a dependência nas dejeções, maior a necessidade de apoio informacional.

Para os restantes pares dos itens do Índice de Barthel e cada uma das 3 dimensões do Apoio Social e total do Apoio Social verificamos que não há evidência estatística significativa no que respeita à dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio social.

Após a apresentação e análise dos dados, passamos à discussão dos mesmos, comparando sempre que possível com a revisão bibliográfica.

### 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados apresentados permanece condicionada pelo contexto teórico incluído no primeiro capítulo, sendo apenas comentados os mais relevantes.

Quanto à *idade* constatamos que os inquiridos deste estudo têm em média 79,90 anos nos homens e 82,11 anos nas mulheres, sendo o limite inferior de idade 67 anos nos homens e 71 anos nas mulheres, e o máximo de 94 anos nos homens e 92 nas mulheres. Verificamos ainda, que a amostra não apresenta grande dispersão em torno da média pois o desvio padrão é de 7,90 nos homens e 6,24 nas mulheres. Constata-se que há concordância com o descrito por Rocha *et al* (2001) e Alves, Pina e Barbosa (2007) que referem que a idade média da mulher é superior à do homem.

Confrontando este resultado com o suporte teórico, constatamos que está de acordo com o descrito pela Direção geral da Saúde (2003) que refere que estas fraturas ocorrem normalmente na população com idade superior a 65 anos e está em consonância com Proença (2008) e Chainça, Rebelo e Almeida (2009), que referem que estas fraturas surgem normalmente em pessoas idosas.

No que diz respeito ao *sexo*, na amostra dos indivíduos estudados existe uma maior prevalência do sexo feminino com (63,3%) (19 indivíduos) relativamente ao sexo masculino com (36,7%) (11 indivíduos). Estes resultados estão de acordo com a Direção Geral da Saúde (2003) e Proença (2008) que referenciam que o sexo feminino é o mais atingido, estando estes dados de acordo com a amostra.

Analogamente à distribuição da amostra segundo as *patologias associadas antes da fratura*, verificamos que a maioria dos inquiridos apresenta mais do que uma patologia associada (26,7%), seguindo-se os casos sem patologia associada antes da fratura (23,3%), seguindo-se os casos de hipertensão arterial (16,7%), os problemas neurológicos (13,3%), outras patologias não especificadas (13,3%) e por último os casos de problemas metabólicos e cardíacos (3,3%). Constatamos que há concordância com o descrito por Cunha e Veado (2006) que referem que a etiologia destas fraturas é usualmente multifatorial, consistindo numa combinação de comorbilidades clínicas, neuro psíquicas, uso de drogas e fatores ambientais. Também Pagès e Cuxart (2005) referem que geralmente a fratura surge em pessoas com outras patologias associadas.

Relativamente à *pessoa com quem habita antes da fratura* verificamos que a maioria dos inquiridos vive com o cônjuge (36,7%), ou com um familiar (30%), que cerca de um quarto da população vive sozinho (26,7%), e que a minoria vive numa instituição (10%). Constatamos que está de acordo com os resultados do estudo de Franco e Costa (2001) que referem que na sua amostra relativamente à pessoa com quem vive habitualmente o idoso, 45,9% vivem com o cônjuge, 24,7% com os filhos, 5,8% com outros familiares, 3,6% com irmãos e 12,9% dos idosos viviam sós.

No respeitante à distribuição dos elementos da amostra que *deambulava no domicílio*, verificamos que todos os elementos da amostra deambulavam antes da fratura, 21(70%) sem qualquer apoio e 9 (30%) com auxiliar de marcha. Verificamos que há concordância com Pagès e Cuxart (2005) que referem que geralmente a fratura surge em pessoas independentes nas AVDs, e com outras patologias associadas, sendo, o objetivo do tratamento após a fratura a recuperação do nível funcional anterior.

Em relação ao *fator desencadeante da fratura* verificamos que a queda 30 (100%) foi o fator desencadeante da fratura em toda a população, constatamos que está de acordo com o descrito pela Direção Geral da Saúde (2003) e Proença (2008) que referem que estas fraturas ocorrem, normalmente, devido a queda.

Quanto às *lesões associadas aquando da fratura e tipos de lesões* verificamos que em 27(90%) não houve lesões associadas. Em apenas 3(10%) houve lesões associadas, nomeadamente 1(3,3%) com traumatismo torácico, 1(3,3%) fratura do membro superior e 1(3,3%) com traumatismo craniano. Confrontando este resultado com o suporte teórico verificamos que há concordância com as lesões referidas por Hoppenfield e Murthy (2001) que referem que aquando de uma queda que causa fratura do colo do fémur em pessoas com osteoporose podem ocorrer outras fraturas, nomeadamente, fraturas do punho, ombro e costelas.

Relativamente ao *tipo de imobilização* verificamos que em 13(43,3%) foi aplicada prótese parcial da anca, 8(26,7%) placa DHS, 5(16,7%) placa 90 ou 120 e 4(13,3%) prótese total da anca, ou seja, em toda a amostra verificamos que se optou pelo tratamento cirúrgico. Constatamos que vai ao encontro com Schwartzmann e Boschini (2003) que refere que a opção de cirurgia como tratamento primário da fratura do colo do fémur é uma boa opção e com Proença *et al* (2008) que refere que o tratamento destas fraturas é normalmente cirúrgico, dependendo o método da idade do doente. Nos

doentes mais idosos está indicado proceder a artroplastia da anca, pois permite uma deambulação precoce com apoio do membro.

Em relação a *complicações durante o internamento* verificamos que 7(23,3%) tiveram complicações foro hematológico. Constatamos que está de acordo com as complicações descritas por Chainça, Rebelo e Almeida (2009) que refere várias complicações, de acordo com a própria fratura, patologias associadas, modificações fisiológicas próprias do idoso e dos requisitos do tratamento efetuado, nomeadamente a anemia, resultante da associação entre a redução dos valores de eritrócitos, hemoglobina e hematócrito, e a hemorragia consequente à fratura, que tende a acumular-se no local da fratura.

Quanto ao *destino após a alta* verificamos que 18(60%) foram para o domicílio, 9(30%) para instituições, 3(10%) cuidados continuados e 1(3,3%) para outro local. Confrontando este resultado com o suporte teórico, constata-se que há concordância com o descrito por De Lisa (2002) que refere que a proporção de pessoas com alta hospitalar para casa após fratura do quadril varia de 40 a 90%, pois muitos permanecem institucionalizados. Os fatores associados à institucionalização permanente devem-se à necessidade de assistência nas AVDs, idade acima dos 80 anos, falta de envolvimento dos familiares, reabilitação insuficiente em instituições de recuperação.

Relativamente ao *cuidador de referência no domicílio e tipo de apoio* verificamos que 10(55,6%) tiveram os filhos como cuidador de referência, 7(38,9%) o cônjuge e apenas 1(3,3%) um outro cuidador não especificado. Relativamente ao apoio no domicílio verificamos que 14(77,8%) não tem apoio, 2(11,1%) tem apoio domiciliário e 2(11,1%) terá outro apoio. Preto *et al* (2011) referem que a fratura do colo do fémur conduz a alteração da dinâmica familiar com sobrecarga dos cuidadores e elevados custos económicos para a sociedade. Relativamente ao apoio social Ramos (2002) refere que a capacidade e a possibilidade de ajudar e participar como sujeito ativo nas interações, promove resultados positivos na saúde, principalmente na saúde mental das pessoas idosas.

Quanto à *avaliação cognitiva* constatamos que 18(60%) apresenta função intelectual intacta, 9(30%) deterioração intelectual baixa e 3(10%) deterioração intelectual moderada. No entanto, a demência senil vem descrita por Guimarães (2007) como uma comorbilidade comum em pessoas com fratura do colo do fémur, estando presente em cerca de 20% dos casos, sendo um fator de risco pós fratura, no que se refere a mortalidade, morbidade e mau resultado funcional.

A deterioração cognitiva é prevalente na pessoa idosa e leva à perda da autonomia e da independência (Pascoal, 2000 referenciado por Imaginário, 2008).

Relativamente à *avaliação funcional*, constatamos que 8(26,7%) apresentam dependência total, 17(56,6%) dependência grave e 5(16,7%) dependência moderada. É de salientar observando o quadro X que todos os elementos da amostra deambulavam antes da fratura, 21(70%) sem qualquer apoio e 9(30%) com auxiliar de marcha. Constatamos que está de acordo com Preto et al (2011) que referem que a fratura do colo do fêmur conduz à perda de independência funcional, alteração da dinâmica familiar com sobrecarga dos cuidadores e elevados custos económicos para a sociedade. Similarmente Cunha e Veado (2006) referenciam que este tipo de fratura é uma das causas mais importantes de morbilidade e mortalidade nos idosos, normalmente tem consequências catastróficas na vida da pessoa, com grandes implicações no seu bem-estar físico, psíquico e social. Chainça, Rebelo e Almeida (2009) referem que a enorme agressividade que estas fraturas representam para a pessoa idosa nem sempre permitem a pessoa readquirir o mesmo grau de mobilidade, pelo que, é essencial que se consiga obter a deambulação e evitar a imobilização ao leito. Similarmente a Direção Geral da Saúde (2003) refere que os índices de mortalidade e de morbilidade associados a estas fraturas são elevados, apenas 50% das pessoas retomam a funcionalidade anterior.

Em relação ao *apoio social*, podemos constatar que o total do apoio social é bom, apresentando-se com uma média de (59,5), assim como, as suas três dimensões: apoio instrumental (21,17), apoio emocional (21,1) e apoio informacional (17,3), apresentam em média valores elevados. Relativamente ao apoio social Cockerham (1991) segundo Ramos (2002) refere que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, a ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para o controle pessoal, influenciando positivamente no bem-estar psicológico.

*Relativamente ao teste de hipóteses* e analisando as diferenças entre a capacidade funcional e o *sexo*, constatamos que apesar das diferenças observadas no valor de todos os itens do estado funcional entre homens e mulheres não existem diferenças com significado estatístico ( $p > 0,05$ ).

Analisando a relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a *idade*, constatamos que não há uma relação linear entre a pontuação obtida nos itens do índice Barthel e a idade, ou seja, não se aceita a hipótese experimental.

No que diz respeito ao *índice de massa corporal*, verificamos que não existe relação entre IMC e os diferentes indicadores da funcionalidade, no entanto, os resultados permitem-nos afirmar que quanto mais baixo o IMC, mais elevado o valor da funcionalidade, mas sem significado estatístico, assim, rejeitamos a hipótese experimental e aceitamos a nula.

Analisando a relação entre a dependência da pessoa pós fratura do colo do fémur e a *função cognitiva*, observamos que para os três pares função cognitiva-itens do Índice de Barthel: alimentação, uso do sanitário e transferências, há uma relação linear entre a pontuação obtida em cada um dos itens e a função cognitiva, ou seja, aceitamos a hipótese experimental.

Para os restantes pares função cognitiva- itens do Índice de Barthel: banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, deambulação, escadas não se verifica uma relação linear entre os itens e a função cognitiva, ou seja, rejeitamos a hipótese experimental, não existindo relação estatística para estes itens e a função cognitiva.

Relativamente ao total do índice de Barthel e função cognitiva, há uma relação linear entre a pontuação obtida no total dos itens do índice de Barthel e a função cognitiva, ou seja, aceitamos a hipótese experimental.

Os resultados estão de acordo com Carpenito (1997) que refere que o deficit no auto cuidado se deve ao facto da pessoa apresentar a função motora ou cognitiva prejudicada, causando uma considerável diminuição das capacidades do indivíduo.

Pela análise da relação entre a dependência da pessoa idosa pós fratura do colo do fémur e o *apoio social*, verificamos que existem relações negativas para os pares: item do Índice de Barthel banho-apoio instrumental; item do Índice de Barthel banho-total de apoio social, e existem relações positivas para o item do Índice de Barthel uso do sanitário-apoio emocional

Para os restantes pares itens do Índice de Barthel -cada uma das 3 dimensões do apoio social e, ainda, da pontuação total do apoio social verificamos que não existe relação, ou seja, não há uma relação linear entre o item e cada uma das 3 dimensões do apoio social e, ainda, da pontuação total do apoio social.

Relativamente ao apoio emocional, constatámos que existe correlação estatisticamente significativa no item do Índice de Barthel-uso do sanitário. Este fator pode significar que a dependência da pessoa no uso do sanitário será tanto maior, quanto menor for o apoio emocional o que será um resultado esperado pois o indivíduo tem uma percepção

mais adequada da sua própria dependência no uso do sanitário. Isto está de acordo com Matos e Ferreira (2000) que refere que o apoio emocional visa a avaliação de sentimentos percebidos, tais como o amor, estima, carinho e empatia, permitindo que as pessoas sejam elas mesmas e se inter ajudem.

No que diz respeito ao apoio informacional, verificámos que não existe correlação com os vários itens do Índice de Barthel, o que pode traduzir que a informação não interfere na dependência da pessoa pós fratura colo fémur. Segundo Matos e Ferreira (2000) o apoio informacional pretende avaliar até que ponto os indivíduos sentem que têm alguém capaz de lhes fornecer informação ou dar conselhos para a resolução de um problema.

Quanto ao apoio instrumental, constatamos que existe apenas correlação significativa no item do Índice de Barthel banho, o que pode significar que a necessidade de ajuda no banho é tanto maior, quanto maior a necessidade deste apoio, o que será um resultado esperado, pois o indivíduo sente que o podem ajudar quando necessário nas mais variadas vertentes. Matos e Ferreira (2000) referem que o apoio instrumental tenta medir até que ponto a pessoa sente que tem alguém que a ajude materialmente, isto é, ajudas no desempenho de tarefas, financeiras, entre outras.

O apoio social poderá assumir um papel de extrema importância nos indivíduos com dependência funcional, no sentido de que um apoio social eficaz, poderá colmatar as necessidades da pessoa pós fratura do colo do fémur, de forma a que a pessoa alcance o máximo da sua potencialidade e restabeleça a sua condição de saúde. Pois já, Dunst e Trivette (1990) referenciados por Ribeiro (1999), defendem que o suporte social refere-se aos recursos disponíveis dos indivíduos e unidades sociais (nomeadamente a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Após a discussão dos resultados passamos à conclusão do estudo.

## CONCLUSÃO

As fraturas do colo do fêmur são um problema da atualidade, contribuem para o aumento da dependência da pessoa idosa nas AVDs e têm repercussões negativas não só na vida da pessoa como na vida dos seus familiares.

Assim da análise e interpretação dos dados emergem as seguintes conclusões:

Observamos a não existência de diferenças entre dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o *sexo*, constatamos que apesar das diferenças observadas no valor de todos os itens da dependência funcional entre homens e mulheres não existem diferenças com significado estatístico.

Observamos a não relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a idade. No entanto, e de acordo com os resultados, verificamos uma relação significativa no que concerne ao uso do sanitário e a idade.

Apesar da não existência de relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e o *índice de massa corporal*, verificamos de acordo com os resultados, uma relação significativa com o índice de massa corporal, o que nos leva a concluir que quanto mais baixo o IMC, mais elevado o valor da funcionalidade.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a *função cognitiva* na alimentação, uso do sanitário e transferências.

Confirmamos a não existência de relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur e a *função cognitiva* no que concerne ao banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, deambulação, escadas.

No entanto, e de acordo com os resultados, verifica-se uma relação significativa no que concerne à dependência funcional na higiene pessoal e a função cognitiva.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fêmur no uso do sanitário e o *apoio social* (total do suporte). Podemos assim concluir, que a existência de apoio social é benéfico ajudando as pessoas a enfrentar as dificuldades no uso do sanitário.

Concluimos a não existência de relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio social (total do suporte) no que se refere à alimentação, transferências, banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, deambulação, escadas.

Depreendemos existência de relação estatisticamente significativa entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio emocional no que se refere uso do sanitário. Podemos assim concluir, que a existência de apoio emocional melhora a funcionalidade no uso do sanitário.

Quanto à relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio informacional verificamos a não existência de relação estatisticamente significativa em todos os itens do Índice de Barthel. Podemos assim concluir que, o facto de os indivíduos poderem esclarecer as dúvidas e os receios quando sentem necessidade não interfere com a dependência da pessoa.

No que respeita à existência de relação entre a dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio instrumental podemos concluir que existe relação estatisticamente significativa no que se refere ao banho. Podemos assim concluir, que o facto de as pessoas sentirem que existe alguém capaz de os ajudar materialmente e no desempenho das tarefas melhora a independência da pessoa no banho.

No entanto, e de acordo com os resultados, verificamos uma relação significativa no que concerne à dependência funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur e o apoio emocional e informacional no que se refere ao banho. Assim como, no apoio emocional, informacional e total do apoio social no que se refere à dejeção e micção.

Podemos concluir, que o facto de as pessoas sentirem que existe alguém capaz de os ajudar emocionalmente e que os esclareça poderá melhorar a independência funcional da pessoa no banho, dejeção e micção.

De acordo com os resultados consideramos pertinente a alusão às barreiras arquitetónicas da habitação, pois 56,6% da amostra tem escadas no domicílio, todas as pessoas deambulavam antes da fratura, e aquando da alta hospitalar ninguém deambulava. É de salientar que o facto de ninguém deambular aquando da alta hospitalar, pois é promotor de dependência na execução das outras AVDs.

O facto de 100% da nossa amostra ter a queda como mecanismo desencadeante da fratura leva-nos a refletir e a pensar na necessidade de implementação de medidas preventivas de quedas nas pessoas idosas.

Assim, em função dos resultados deste estudo e da revisão bibliográfica, verifica-se que é essencial e de primordial importância a intervenção precoce na reabilitação da pessoa para a diminuição das consequências da imobilidade e o alcance da funcionalidade anterior à fratura.

Estamos cientes das limitações deste estudo que podem estar relacionadas com o tamanho da amostra e a não existência de estudos na área da dependência da pessoa com fratura do colo do fémur relacionados com as variáveis em estudo. É de referir, que a análise e leitura destes resultados carecem de enquadramento no espaço e no tempo, pois, estas conclusões são válidas para estas pessoas, no seu contexto e em determinado período de tempo, assim, este estudo noutra data ou noutra instituição poderia apresentar resultados diferentes.

Seria pertinente a realização deste estudo no mesmo contexto, uma vez que, aquando da alta hospitalar as pessoas com fratura do colo do fémur não dispunham de reabilitação (fisioterapeutas ou enfermeiros de reabilitação) durante o internamento, mas atualmente, dispõe-se de enfermeiros de reabilitação no serviço, que após avaliação da pessoa, implementam um plano de reabilitação no sentido de maximizar as potencialidades da pessoa e aumentar a sua autonomia aquando da alta hospitalar. É de salientar que concebemos um documento de registo de cuidados de enfermagem de reabilitação aprovado pela comissão da qualidade da instituição, onde os enfermeiros de reabilitação planeiam e registam as suas intervenções.

A elaboração deste estudo foi muito gratificante, contribuiu para o nosso crescimento individual e profissional, permitiu confirmar a realidade diária com que se deparamos e conhecemos, mas que não se encontra documentada. Deixou-nos a vontade de mais tarde continuar este trabalho, no sentido da averiguação dos resultados das intervenções da enfermagem de reabilitação neste contexto hospitalar.

Em função dos dados obtidos e de acordo com os vários autores, consideramos pertinente a elaboração de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, que sirva de suporte aos enfermeiros de reabilitação e permita uma conduta homogénea no desempenho das suas competências nos serviços de Ortopedia/Traumatologia do atual Centro Hospitalar Leiria-Pombal (Apêndice I).

Assim, sugerimos a implementação do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação nos serviços de Ortopedia/Traumatologia e a realização deste estudo no mesmo contexto, mas após implementação do plano de reabilitação sugerido.



## **BIBLIOGRAFIA**

ADAM, Evelyn – **Ser Enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. 267 p. ISBN 972-9295-86-7.

ADAMS, John Crawford; HAMBLEN, David L.–**Manual de fracturas**. 10ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. VI, 309 p.

ALVES, Sandra Ferreira; PINA, Maria de Fátima; BARBOSA, Mário – **Epidemiologia das fracturas do fémur em Portugal, fracturas do colo do fémur versus fracturas de outras localizações não específicas do fémur**, 2007, Arquimed, ISSN 0871-3413.p 77-81.

AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete – **Grau de independência nos idosos**. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 158. Ano 13 (Set. 2001); p. 8-12.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes – **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. [Em linha]. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2009. [Consult. 22 Nov. 2010]. Disponível em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf).

APLEY, A. Graham; SOLOMON, Lowis – **Ortopedia e fracturas em medicina e reabilitação**. 6ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu, 1996. 511p.

ARAÚJO, Fátima [et al] - **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. [em linha] (2007) [consult. 16 Agosto 2010]. Disponível em: WWW: [http://sigarra.up.pt/fpceup/publs\\_pesquisa.formview?p\\_id=52442](http://sigarra.up.pt/fpceup/publs_pesquisa.formview?p_id=52442)

ASTON, J. N.; HUGHES, Sean – **Ortopedia e traumatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 281p.

AUGUSTO, Berta [et al] – **Cuidados continuados – família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2002.123p. ISBN972-8485-29-8.

BAIXINHO, Cristina R. S. L. – **Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática da literatura**. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 8 (Dez. 2008). p. 79-86.

BAIXINHO, Cristina R. S. L. – **Por uma lógica de cuidados em Ortotraumatologia que promova o regresso a casa**. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1586. Nº14 (Mar. 2009)

BARRICK, E. Frederick – **Traumatismo ortopédico** in KAUFFMAN, Timothy L. [et al.] – Manual de reabilitação geriátrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001. 389 p. ISBN 85-277-0649-0.

BIAZIN, Damares Tomasin - **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. [em linha] (2006) [consult.1 Agosto 2010]. Disponível em: WWW:< URL: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232006000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000300009&lng=pt&nrm=iso)

BRANCO, Jaime C.; FELICÍSSIMO, Paulo; MONTEIRO, Jacinto – **A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave**. Órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Acta Reumatol. Port.. 2009. Jul-Sep; 34 (3):475-485.

BORGMAN-GAINER, Mary Fances – **Função independente: movimento e mobilidade** in HOEMAN, Shirley [et al.] – Enfermagem de Reabilitação: Processo e aplicação. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. 787 p. ISBN 972-8383-13-4.

CAETANO, Juliana – **Capacidade de auto cuidado: um estudo com usuários de reabilitação da Unioeste**. [em linha] [consult. 24 Junho 2010]. Disponível em: WWW: <URL:<http://www.eaic.uem.br/artigos/722.doc>

CANALLE, Terry S.- Campbell: **Cirurgia ortopédica**. vol tres, 9ª edição, Madrid. Harcourt. 1998. ISBN 84-8174-355-0.

CANEIRA, Joaquim Pereira – **Reeducação funcional de doentes com coxartrose, submetidos a implante de prótese da anca**. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 0 (Janeiro1998). p. 77-80.

CARPENITO, Lynda – **Diagnósticos de Enfermagem – Aplicação à prática clínica**; 6ªEdição, Lusodidacta. Porto Alegre, 1997. 812 p. ISBN 85-7307-292- X

CHAINÇA, Luís; REBELO, Ofélia; ALMEIDA, Teresa - **Fracturas do terço superior do fémur** in TINOCO [et al.] - Enfermagem em traumatologia. 2ªed. Coimbra: Formasau, 2009. 326 p. ISBN 978-989-8269-01-0.

COSTA, Elisa Franco de Assis; MONEGO, Estelamaris Tronco - **Avaliação geriátrica ampla (AGA)**. *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2.* [em linha] (2003) [consult. 24 Junho 2010]. Disponível em: WWW:<URL: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/aga.html#IDADE](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html#IDADE).

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/INCP)**, Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. 210 p. ISBN 92-95040-36-8.

CUNHA, Ulisses; VEADO, Marco António Castro – **Fratura da extremidade proximal do fémur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano**. [em linha] *Rev Bras Ortop.* 2006;41(6):195-9, 2006. [consult.28 Dezembro 2010]. Disponível em: WWW: [http://www.rbo.org.br/2006\\_jun\\_05.pdf](http://www.rbo.org.br/2006_jun_05.pdf)

DECRETO- LEI nº 265/99. **D.R. I Série.** 162 (99.14.07)

DELISA, Joel A.; GANS, Bruce M.– **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2002. I, I-XXIX, 1-948 p. ISBN 85-204-1052-9.

DELISA, Joel A.; GANS, Bruce M.– **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2002. II, I-XXIX, 949-1911p. ISBN 85-204-1052-9.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso, recomendações para intervenção terapêutica**. Lisboa. 2003. Orientações Técnicas. Ministério da Saúde.

ENCICLOPÉDIA LUSO BRASILEIRA DA CULTURA. Editorial verbo. Lisboa. 1991

FRANCO, Inês; COSTA, Lúcia Pereira – **Níveis de dependência nos idosos**.

*Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 161. Ano 14 (Dezembro 2001); p. 21-25.

FORTIN, Marie Fabienne - **O Processo de investigação da concepção à realização**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda; 2003. 388p.ISBN – 972 – 8383 – 10 – X.

GALLO, J. [et al.] - **Handbook of Geriatric Assessment**. 3ª rd edition. Mariland: Aspen Publishers, Inc.2000.

GUIMARÃES, J.M. [et al] - **Fratura do Colo Femoral no Idoso: Osteossíntese e Artroplastia, Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2007.** Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia Colégio Brasileiro de Radiologia. [em linha] [consult. 20 Novembro 2010]. Disponível em: WWW:< URL: [http://www.projetodiretrizes.org.br/7\\_volume/14-Fratura\\_Col\\_Femor\\_Ido.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/7_volume/14-Fratura_Col_Femor_Ido.pdf)

HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, 2003.166 p. ISBN 972-8383-43-6.

HILL, Manuela Magalhães; HILL Andrew- **Investigação por questionário.**2ª edição. Lisboa: Sílabo, 2002.377 p. ISBN 972-618 – 273 – 5.

HOEMAN, Shirley [et al.] – **Enfermagem de Reabilitação: Processo e aplicação.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000. 787 p. ISBN 972-8383-13-4.

HOLZER, Gerold; HOLZER, Lukas A.- **Protectores da anca e prevenção das fracturas do colo do fémur nas pessoas idosas.** Geriatrics. Lisboa.Nº 20 (Março/Abril 2008), p. 54-64.

HOPPENFELD, Stanley; MURTHY, Vasantha L.- **Tratamento e reabilitação de fracturas.** 2001. 606p. ISBN 85-204-1166-5.

IMAGINÁRIO, Cristina Maria Inocência – **O idoso dependente em contexto familiar.** 2ª edição. Coimbra: Formasau, 2008. 239 p. ISBN 978-972-8485-94-8.

INGEMARSSON. A.H [et al] – **Walking ability and activity level after hip fracture in the elderly: a follow-up.** Journal of Rehabilitation Medicine. Vol. 35, nº 2 (2003), p.76-83.

Índice de Barthel. [em linha] [consult. 26 Agosto 2010]. Disponível em: WWW:< URL: <http://www.dundee.ac.uk/medther/Stroke/Scales/barthel.htm>

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen – **Exercícios terapêuticos, fundamentos e técnicas.** São Paulo: Manole, 2005. 841p. ISBN85-204-1574-1.

LAGE, Isabel – **Aproximação ao seu estado de saúde.** Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 195. Ano 16 (Janeiro 2005); p. 6-12.

LAUREANO, Raul M. S.- **Testes de hipóteses com o SPSS, o meu manual de consulta rápida.** 1ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. 217p. ISBN 978-972-618-628-1.

- LEAL, Manuel L. Moreira – **Estudo de níveis de independência funcional dos doentes com gonartrose após artroplastia total do joelho**. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 39 (Novembro 2001), p. 34-39.
- LOBO, Alexandrina; PEREIRA, Adriana – **Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física**. Referêcia. Coimbra. Nº 4 (Junho 2007). p. 61-68.
- MACEDO, Carlos Alberto Souza; GALIA, Carlos Roberto - **Fracturas e luxações do quadril no adulto** in HEBERT, Sizínio [et al.] - **Ortopedia e traumatologia**. 2ªedição. Porto Alegre: Artmed, 1998. 830p. ISBN 85-7307-381-0.
- MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W – **Functional evaluation: the Barthel index** [em linha] 14 (1965) 56-61 [consult. 2 Março 2012]. Disponível em: [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel\\_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)
- MATOS, Ana Paula; FERREIRA, Andreia – **Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade**. Revista Psiquiatria Clínica. Coimbra.Vol.21 nº 3 (2000), p.243-253.
- MCCUE, M. -**The relationship between neuropsychology and functional assessment in the elderly**. In: P. Nussbaum, et. al.(1997). Handbook of neuropsychology and neuropsychology ageing. Critical issues in neuropsychology. New York: Plenum Press, pp.394-408.
- MELTON, Lj – **Hip fractures: a worldwide problem a today and tomorrow**. Bone 1993; 14 Suppl 1:S1-8.
- MOTA Adélia; BARBOSA, Maria; CASTRO, Susana – **Avaliação da capacidade funcional do idoso**. [em linha] [consult. 26 Agosto 2010]. Disponível em: WWW:<URL: [http://www.reabilidade.net/index\\_ficheiros/40.pdf](http://www.reabilidade.net/index_ficheiros/40.pdf)
- NUNO, Ana Margarida A. T.; RIBEIRINHO, Cláudia Sofia F.; SILVA, Mª de Fátima R.- **Á procura de uma nova vida**. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 80 (Set. 2008), p. 57-61.
- ORNELAS, J. - **Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação**. Análise Psicológica – Psicologia, Saúde e Doença XII. Lisboa. 1994. ISSN 0870–82312/3, p333-339.
- PAGÈS, E.; CUXART, A. – **Fracturas de epífisis proximal de fémur** in MONTAGUT, Ferran; FLOTATS, Gemma; LUCAS, Ernest – **Rehabilitación domiciliaria, principios, indicaciones y programas terapêuticos**. Barcelona: Masson, 2005. 370p. ISBN 84-458-1532-6.

- PASQUALI, Luiz - **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. INEP. Brasília, 1996. 432p. ISBN 85-86260-01-0.
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS**. 5ª edição. Lisboa: Sílabo, 2008. 692p. ISBN 978-972-618-498-0.
- PFEIFFER, Eric – **A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients**. Journal of the American geriatrics society. N10 (October 1975), p.433-441.
- PHANEUF, Margot – **Planificação de cuidados – um sistema integrado e personalizado**. Quarteto. Coimbra, 2001. 428p. ISBN 972-8535-78-3.
- PRETO, Leonel [et al.] – **Estudos teóricos/ ensaios: Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos. Eficácia dos protectores da anca**. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Volume IV. Nº 1 (2011); p10-21.
- POLIT, Denise, HUNGLER B. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.391p. ISBN 85 –7307–101–X.
- PROENÇA, Adrião [et al.] – **Ortopedia traumatologia noções essenciais**. 2ª edição. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 423p. ISBN 978-989-8074-25-6.
- RAMOS, Marília P. – **Apoio social e saúde entre idosos**. [em linha] 7 (2002) 156-175 [consult. 13 Agosto 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>
- RIBEIRO, J. - **A escala de satisfação com o suporte Social (ESSS)**. Análise Psicológica – Psicologia da Saúde XVII (3), Lisboa. ISSN 0870-82312-3. (1999), p. 547-558.
- ROCHA, Maria Fernanda Lopes - **Avaliação fisioterapêutica do idoso**. [em linha] [consult. 20 Agosto 2010]. Disponível em: WWW:< URL:<http://www.ciape.org.br/matdidatico/fernanda/avaliacaofisioterapeuticaidoso.doc>
- ROCHA, Murilo A. [et al.] – **Estudo epidemiológico retrospectivo das fracturas do fémur proximal tratados no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro**. [em linha] [consult. 26 Dezembro 2010]. Disponível em: WWW:< URL:[http://rbo.org.br/2001\\_ago\\_03.pdf](http://rbo.org.br/2001_ago_03.pdf)
- RODRIGUES, Ana Maria Xequé – **Promover a independência**. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 23 (Março 1999), p. 41-43.

- ROPER, Nancy; LOGAN, Winfred W.; TIERNEY, Alison J. – **Modelo de Enfermeria**. 2ª ed. Madrid: Interamericana, 1987. 380 p. ISBN 84-7605-365-7.
- SANTOS, Acilda [et al] – **Reabilitação em patologia ortotraumatológica do idoso**. Geriatria. Lisboa. Nº 48. Ano V (Outubro 1992); p. 10-12.
- SCHWARTSMANN, Carlos Roberto; BOSCHIN, Leonardo Carbonera – **Fraturas do colo do fémur** in SCHWARTSMANN, Carlos Roberto [et al.] – Fraturas princípios e prática. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003. 780p. ISBN 85-363-0126-7.
- SÉRGIO, Joaquim Silveira – **Fundamentos de orto-traumatologia para técnicos de saúde**. 1ªed. Camarate: Lusociência, 2005. 219p. ISBN 972-8383-97-5.
- SERRA, Anabela Salgado – **Interdisciplinaridade, Valores e Autonomia (I Parte)**. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 169. Ano 14 (Setembro 2002); p. 22-25.
- SERRA, Anabela Salgado – **Interdisciplinaridade, Valores e Autonomia (II Parte)**. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 170. Ano 14 (Outubro 2002); p. 17-20.
- SERRA, Luís M. Alvim – **Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia**. 2ªed. Lisboa: Lidel, 2001. 498 p. ISBN 972-757-102-6.
- TOMEY, Ann M. ; ALLIGOOD, Martha R. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 2ª ed. Madrid: Interamericana, 1987. 370 p. ISBN 972-8383-74-6.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

## **PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO SERVIÇOS DE ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

### **Antes da cirurgia**

Ensinar, instruir e treinar:

- Exercícios respiratórios;
- Tosse eficaz;
- Exercícios isométricos dos grupos musculares regionais.

### **Pós operatório imediato**

- Proporcionar uma postura e alinhamento corporal corretos;
- Posicionar no leito;
- Vigiar a posição da pessoa, para prevenção de atitudes viciosas comprometedoras do processo de reabilitação;
- Ensinar os posicionamentos a manter no leito;
- Ensinar medidas de prevenção da luxação da prótese.

### **1º dia de pós operatório**

- Ensinar e instruir: posicionamentos no leito;
- Estimular as mobilizações ativas dos membros superiores e do membro inferior contralateral;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios isométricos do membro operado (executar exercícios isométricos durante 24 a 48 horas de pós-operatório, o movimento para manutenção do arco de movimento dos joelhos e tornozelos inicia-se após 24 horas da operação).

### **2º dia de pós operatório**

- Executar exercícios isométricos;
- Ensinar e instruir exercícios de mobilização das articulações;
- Ensinar e instruir exercícios de tonificação muscular;

- Ensinar e instruir e treinar: técnicas de saída, entrada no leito e posicionamentos na cadeira;

Após avaliação de parâmetros vitais, levantar da cabeceira e sentar no leito:

- Iniciar levantar para cadeira (após consentimento do cirurgião);
- Executar levantar para a posição de pé com andarilho ou canadianas;
- Ensinar, instruir e treinar, treino de marcha com auxiliares de marcha, de acordo com a tolerância da pessoa, inicialmente com andarilho e posteriormente com canadianas (treino marcha entre as 48 e 72 horas de pós operatório);
- Iniciar deambulação com canadianas ou andarilho, em carga parcial ou em descarga (dependendo do caso clínico, da técnica cirúrgica e indicação do cirurgião).
- Executar treino de AVDs, como o vestir, calçar e higiene.

O trabalho muscular deve prosseguir, transformando-o em trabalho cada vez mais ativo, consoante a tolerância da pessoa à dor.

### **3º dia pós operatório e seguintes**

Manter as intervenções anteriores, de forma a restituir o equilíbrio e a capacidade de deambulação, permitindo o recomeço das atividades de vida, autonomamente. À medida que a pessoa recupera a mobilidade funcional, a reabilitação deverá evoluir no sentido da recuperação do movimento completo da articulação ou articulações envolvidas, após a recuperação do controle motor e do movimento iniciam-se os exercícios de fortalecimento muscular. As pessoas que não deambulavam antes da fratura deverão executar levantes para cadeira de rodas e ser dado o apoio social que necessitam.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Ex. Sr. (e/a)

Sou aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o I - Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, e pretendo elaborar um trabalho de investigação que recai sobre a temática “Avaliação funcional da pessoa pós fratura colo fémur”.

Pedimos-lhe que reflita um pouco sobre cada questão e responda com o máximo de rigor e sinceridade.

As respostas são anónimas e confidenciais.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Leonor Dias

## QUESTIONÁRIO

Nº questionário  Data ...../...../.....

### PARTE I – DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

1 – Sexo: Masculino .....  Feminino .....

2 – Idade: \_\_\_\_\_

3 – Quanto pesa? \_\_\_\_\_ Quanto mede? \_\_\_\_\_ (índice massa corporal - )

4 – Patologias associadas:

Problemas metabólicos.....

Problemas neurológicos.....

Problemas cardíacos.....

Hipertensão arterial.....

Outros .....

Sem patologia associada.....

5 – Habita com:

Sozinho .....

Familiar .....

Conjuge .....

Instituição .....

Outro .....

6 – Habitação própria:

Sim.....

Não .....

7 - Condições de habitabilidade:

Vivenda com escadas .....

Vivenda sem escadas .....

Apartamento com elevador.....

Apartamento sem elevador.....

8 – Antes da fratura deambulava:

Com auxiliares de marcha .....

Sem qualquer apoio .....

Não deambulava .....

9 – Mecanismo desencadeante da fratura:

Queda .....

Acidente de viação .....

Atropelamento .....

Outro .....

10 – Aquando da fratura, houve outras lesões associadas?

Sim .....

Não .....

10.1 - Se, sim:

Traumatismo torácico .....

Fratura membro superior .....

Fratura bimalleolar .....

Traumatismo craniano .....

Outras .....

11 – Tratamento e método de imobilização:

Conservador.....

Cirúrgico .....

11.1 – Se, cirúrgico:

Placa 90 ou 120.....

Placa DHS .....

Prótese parcial da anca .....

Prótese Total da anca .....

12 – Complicações durante o internamento:

Sim .....

Não .....

12.1 – Se, sim:

Luxação .....

Pneumonia .....

Infeção .....

Outras .....

13 – Alta para:

Domicílio .....

Cuidados continuados .....

Instituição .....

Outro .....

14 – Se, alta para domicílio, há cuidador de referência:

Sim .....

Não .....

14.1 – Se, sim:

Filhos .....

Cônjuge .....

Outro .....

15 – Se, alta para domicílio, que apoios:

Sem apoio .....

Apoio domiciliário .....

Centro de dia .....

Outro .....

## PARTE II – ESCALAS DE AVALIAÇÃO

### ESCALA DE PFEIFFER ( Short Portable Mental Status Questionary).

As questões que se seguem dizem respeito à avaliação da função cognitiva segundo Escala de Pfeiffer

1- Em que dia estamos? Mês, dia e ano

-----

2- Que dia da semana é hoje?

-----

3- Como se chama este lugar?

-----

4- Qual o número do seu telefone? Se não tem telefone, qual é a direção da sua casa?

-----

5- Que idade tem?

-----

6- Quando nasceu? (dia, mês e ano)

-----

7- Como se chama o atual Presidente da República?

-----

8- Como se chamava o anterior Presidente da República?

-----

9- Como se chama a sua mãe?

-----

10- Se a 20 retira 3 quantos ficam?-----

Desses que ficam se lhe retirar mais 3 quantos ficam?-----

Se tirar mais 3 quantos ficam?-----

Total:-----

**ÍNDICE DE BARTHEL** (As questões que se seguem dizem respeito à avaliação da capacidade funcional segundo o Índice de Barthel)

ALIMENTAÇÃO	10	INDEPENDENTE - Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.	
	5	AJUDA - Necessita de ajuda para cortar, barrar com manteiga, etc.	
	0	DEPENDENTE	
BANHO	5	INDEPENDENTE - Lava-se por completo no duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.	
	0	DEPENDENTE	
VESTUÁRIO	10	INDEPENDENTE - Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Ata os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o colete, se necessário.	
	5	AJUDA - Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.	
	0	DEPENDENTE	
HIGIENE PESSOAL	5	INDEPENDENTE - Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada elétrica, no caso de aparelho elétrico.	
	0	DEPENDENTE	
DEJEIÇÕES	10	CONTINENTE - Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.	
	5	INCONTINENTE OCASIONAL - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.	
	0	INCONTINENTE	
MICÇÃO	10	CONTINENTE - Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.	
	5	INCONTINENTE OCASIONAL - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.	
	0	INCONTINENTE	
USO DO VASO SANITÁRIO	10	INDEPENDENTE - Usa a sanita ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.	
	5	AJUDA - Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	
	0	DEPENDENTE	
PASSAGEM CADEIRA-CAMA	15	INDEPENDENTE - Não necessita de qualquer ajuda; utiliza a cadeira de rodas, faz isso independentemente	
	10	AJUDA MÍNIMA - Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.	
	5	GRANDE AJUDA - É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem.	
	0	DEPENDENTE	
DEAMBULAÇÃO	15	INDEPENDENTE - Pode andar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho.	
	10	AJUDA - Pode andar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.	
	5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS - Movimenta-se na cadeira de rodas, pelo menos por 50 metros.	
	0	DEPENDENTE	
ESCADAS	10	INDEPENDENTE - É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.	
	5	AJUDA - Necessita de ajuda física ou supervisão.	
	0	DEPENDENTE	
<b>TOTAL</b>			

## ESCALA DE APOIO SOCIAL

As questões que se seguem dizem respeito ao seu relacionamento com as pessoas com quem costuma conviver. Interessa-nos, especialmente, saber qual o apoio que, habitualmente recebe, quer a nível emocional, quer a nível de resolução dos seus problemas de vida.

	Não concor-do	Concor-do pouco	Concordo moderada-mente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1- Se tiver um problema grave sei que alguém se levantaria a meio da noite para falar comigo.					
2 – Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente.					
3 – Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas.					
4 – Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos ou medos, ... Sei de alguém que me ouviria com prazer.					
5 – Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.					
6 – As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar.					
7 – Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.					
8 – Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.					
9 – Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer quando tenho problemas.					
10 – Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença, ou qualquer outra situação de emergência.					
11 – Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou familiares que dependem de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me.					
12 – Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem posso recorrer.					
13 – Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo: comida, tomar conta do correio, etc...).					
14 – Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me estenda a mão.					
15 – Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem socorrer.					
16 – Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude.					

Total:-----

Muito obrigado/a pela sua colaboração!

## ANEXO II

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital de Santo André, S.A. – Leiria

Leonor Rodrigues Dias, Enfermeira Graduada a exercer funções no Serviço de Ortopedia e Traumatologia I deste Hospital, a frequentar o I - Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Coimbra, vêm por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a aplicação de um questionário aos doentes com fractura do colo do fémur, internados nos serviços de Ortopedia/traumatologia, conscientes e orientados com capacidade de comunicação verbal. Os dados recolhidos destinam-se à realização de um trabalho de investigação nos Serviços de Ortopedia e Traumatologia, com o objectivo de “avaliar a dependência da pessoa idosa pós fractura do colo do fémur aquando da alta hospitalar.

Informamos V. Ex.<sup>a</sup> que, ao ser aplicado o questionário, será garantido o anonimato e que toda a informação recolhida será utilizada exclusivamente no contexto do presente trabalho.

Junto é anexado o questionário a aplicar.

Desde já agradecemos a atenção dispensada

Leiria, 9 de Novembro de 2010

## ANEXO III

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Leonor Rodrigues Dias, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a frequentar o I - Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, venho solicitar a participação de Vossa Ex.<sup>a</sup> numa investigação, a realizar no âmbito da minha Dissertação intitulada “Avaliação funcional da pessoa pós fratura colo fémur”.

A sua participação consiste em responder-me a um questionário, focalizado no tema da dissertação e autorizar a utilização do conteúdo na realização do trabalho.

A realização do questionário obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.<sup>a</sup> e reveste-se de primordial importância para a investigação.

Comprometo-me com o seguinte:

- As suas informações serão confidenciais;
- Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;

Caso se verifique incumprimento dos requisitos de participação, ou seja da sua vontade poderá anular a sua colaboração.

Assinatura do/a participante

---

(O/A Participante)

Assinatura da mestrande

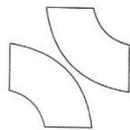
---

(A mestrande)

Leiria, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grata pela sua colaboração

## ANEXO IV



HOSPITAL  
**SANTO  
ANDRÉ**  
L E I R I A

Exma. Senhora  
Enfª Leonor Rodrigues Dias  
Serviço de Ortopedia I  
Hospital de Santo André, E.P.E.

**Conselho de Administração**

Leiria, 20 de Dezembro de 2010

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário. "Avaliar a dependência da pessoa idosa pós fractura do colo do fémur aquando da alta hospitalar"

No seguimento do vosso pedido de autorização, de 2010.11.09, para aplicação do questionário, mencionado em epígrafe, nos serviços de Ortopedia I e II da nossa instituição, informa-se que o Conselho de Administração em 2010.12.16, deliberou autorizar a sua realização.

Mais se informa que nesta data foi dado conhecimento da presente deliberação aos Directores dos Serviços envolvidos.

Com os melhores cumprimentos.

O ADMINISTRADOR

(LICÍNIO DE CARVALHO)