

FRATURAS DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR EM IDOSOS

FRACTURE OF THE UPPER END OF THE ELDERLY IN FEMUR

ROSA MARTINS ¹

MARIA FERNANDA PEREIRA MESQUITA ²

¹ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal
(e-mail: rmartins.viseu@gmail.com)

² Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar Tondela Viseu – Portugal.
(e-mail: enf.fernanda@hotmail.com)

Resumo

As fraturas da extremidade superior do fémur, quando surgem em Idosos, representam um sério problema de saúde pública, causando sofrimento e incapacidades. Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar a incapacidade funcional causada por esta patologia em idosos e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais interferem nessa incapacidade.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo/correlacional do tipo quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 idosos do concelho de Viseu com fratura da extremidade superior do fémur há mais de 6 meses. O instrumento de medida utilizado integrou um inquérito construído para o efeito, a Escala de Apgar Familiar e a Escala Modificada de Barthel.

Os resultados mostraram que 40% dos idosos são independentes, 21,7% apresentam dependência moderada e 38,3% apresenta dependência severa. Verificámos, ainda, que os idosos mais novos ($p=0,01$), casados ($p=0,006$), com habilitações literárias superiores ($p=0,002$), com maiores rendimentos mensais ($p=0,017$), com apoio informal ($p=0,003$) e com a realização de programas de reabilitação continuados ($p=0,002$) eram os que possuíam maior capacidade funcional.

Conclusões: As evidências encontradas neste estudo mostram que a incapacidade funcional dos idosos resultantes das fraturas da extremidade superior do fêmur apresenta níveis diferenciados de dependência e confirma a multiplicidade de fatores que podem interferir nessa dependência.

Palavras-chave: idosos, incapacidade funcional, fraturas, fêmur.

Abstract

Fractures of the upper end of the femur, when they arise in the Elderly, represent a serious public health problem, causing suffering and high disability. Thus the present study aimed to identify the functional disability caused by this disease in the elderly and verify the extent to which sociodemographic, clinical and psychosocial variables affect disability.

This is a quantitative, cross-sectional, descriptive/correlational study, which used a non-probability sample consisting of 60 elderly from the municipality of Viseu who had suffered a fracture of the upper end of the femur for more than 6 months ago. The measuring instrument used was part of an questionnaire built for this purpose, a Family Apgar Scale and the Modified Barthel Scale.

The results showed that 40% of older people are independent, 21.7% had moderate dependence and 38.3% had severe dependence. We found also that the younger elderly ($p = 0.01$), married ($p = 0.006$), with higher education level ($p = 0.002$), with higher monthly incomes ($p = 0.017$), with informal support ($p = 0.003$) and conducting ongoing rehabilitation programs ($p = 0.002$) were those who had greater functional capacity

Conclusions: The evidence found in this study shows that the resulting functional disability of fractures of the upper end of the femur, in the elderly, has different levels of dependence and support the multiple factors that can affect this dependence.

Keywords: elderly, functional disability, fractures, femur.

Introdução

Dentro dos diversos problemas de saúde relacionados com envelhecimento, um dos mais dramáticos e temidos é a fratura da extremidade superior do fémur. Este tipo de fratura tem associada uma elevada taxa de mortalidade, uma perda da independência na mobilidade e incapacidade funcional nas múltiplas atividades de vida diária. De facto, os indicadores estatísticos revelam que doentes com fratura proximal do fémur têm uma mortalidade estimada entre 20% e 30% no ano seguinte ao acontecimento da fratura e apenas 15% destes doentes recuperam a capacidade funcional prévia, estimando-se mesmo que cerca de 40% apresentem incapacidade do tipo grave (INE, 2011).

Face a este quadro, as competências profissionais desempenhadas pela Enfermagem de Reabilitação na recuperação e readaptação destes doentes assume uma importância fundamental, uma vez que se constitui como uma mais-valia na restituição da função pré-fratura, maximizando o seu potencial multidimensional e minimizando a incapacidade e dependência.

Como sabemos, um dos objetivos centrais da reabilitação consiste em melhorar a capacidade funcional do doente sobretudo quando é idoso, não só em ambiente hospitalar, mas também no domicílio e na comunidade, contribuindo, deste modo, para uma efetiva melhoria na sua qualidade de vida.

A família representa um dos principais pilares de apoio entre o sujeito e a cultura, e, apesar das múltiplas controvérsias sobre a forma como se têm posicionado como cuidadores nos últimos tempos, as famílias são reconhecidas como a principal entidade prestadora de cuidados às pessoas na última fase da sua vida e, sobretudo, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível (Martins, 2009).

Em síntese, estabelecemos como objetivos deste estudo: descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes; conhecer a perceção dos idosos sobre a sua funcionalidade familiar; identificar níveis de incapacidade funcional e analisar a existência de diferenças significativas entre variáveis sociodemográficas, clínicas, funcionalidade familiar e incapacidade funcional.

Fraturas da Extremidade Superior do Fémur

A fratura, segundo Rebelatto (2011), é uma lesão grave das partes moles com falha óssea subjacente. Trata-se de uma definição que não é usual, por enfatizar mais os tecidos moles que os ossos, mas é particularmente útil na ótica da Enfermagem em Reabilitação em virtude do seu trabalho e objetivos procurarem trazer o doente à sua plena função num período razoável de tempo. Este tipo de fraturas são as que mais ocorrem nos idosos, alcançando uma percentagem de 90% no universo das fraturas

cirúrgicas, e ocorrem em três zonas anatómicas distintas: no colo, na região trocantérica e na zona subtrocantérica. A morbidade que apresentam cresce rapidamente após os 70 anos, aumentando o número de mortes e invalidez, por impossibilidade de recuperação da vida ativa. Os dados de Serra (2011) apontam para índices de mortalidade e morbidade elevados, uma vez que apenas 50% dos idosos conseguem retomar a sua função anterior e 17% a 30% vêm a falecer no final de 6 meses.

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

A classificação destas fraturas (com base nos graus de deslocamento) faz-se em quatro graus: o grau I e II que correspondem a fraturas sem desvio e nos graus seguintes (III e IV) se existe desvio e risco circulatório para a cabeça do fémur. No caso do idoso, a fratura do colo do fémur apresenta um traço que tem, na maioria das vezes, a mesma localização e orientação, uma vez que resulta do efeito de uma força traumática de baixa energia e ação indireta.

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

(In)capacidade Funcional na Pessoa Idosa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é uma pessoa com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável (OMS, 2008).

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, uma vez que tem reflexos acentuados quer no âmbito socioeconómico, quer no âmbito pessoal familiar e social.

O número crescente de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definidos. Desta forma, autores como Espanadeira (2008) apresentam a seguinte classificação dentro do grupo de idosos: o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade). No primeiro grupo, as quedas ocorrem com alguma frequência durante as caminhadas ou quando fazem compras, enquanto, no segundo grupo, estas acontecem maioritariamente no desenvolvimento das actividades de vida diária (AVD) dentro do próprio domicílio (Freemont, 2003).

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos era, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados em 1960, e com os 16% da década anterior. Ou seja, em Portugal existem 2022504 pessoas com 65 ou mais anos, sendo 849188 homens e 1173316 mulheres. O índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 128, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. (INE – Instituto Nacional de Estatística 2011).

O fator cronológico não é, de forma alguma, o único fator que explica ou determina o fenómeno do envelhecimento, existindo outros como sejam: o desenvolvimento dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, a melhoria das condições de vida e a própria individualidade inerente a cada pessoa.

A funcionalidade é uma dimensão importantíssima na determinação da saúde das pessoas idosas. Sabemos que com o avanço da idade, as doenças crónicas e as modificações orgânicas próprias do envelhecimento tendem a piorar a funcionalidade do individuo, podendo mesmo ameaçar a sua independência. Diz-nos André (2006) que, dependendo da idade, a maioria dos doentes idosos exibirá incapacidades residuais bastante significativas que podem ser temporárias ou tornar-se mesmo permanentes.

Cordeiro, 2002 (cit. por Guimarães et al. 2004, p. 131) refere que a perda da capacidade funcional está, na maioria das vezes, associada à “predição da fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas da mobilidade. Além disso trazem complicações que se estendem ao longo do tempo, gerando cuidados de longa permanência e alto custo”.

Na opinião de Santos et al. (2011), os doentes submetidos a cirurgia da anca tem uma probabilidade acrescida de se tornarem dependentes, pois esta patologia é uma das principais causas da incapacidade funcional. Os idosos que foram submetidos a intervenção cirúrgica da anca apresentam dificuldade em realizar as atividades de vida diária, tornando-se muitas vezes dependentes dos familiares.

Sendo assim e segundo Serra (2011), a mensuração da (in)capacidade funcional permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação, visando um ajustamento de intervenções terapêuticas e a própria verificação dos ganhos em saúde até que se estabeleça a aquisição de melhorias.

Nesse sentido, a incapacidade funcional tem-se constituído um indicador fundamental de avaliação dos programas de reabilitação, sobretudo em idosos com fratura da extremidade superior do fémur. De facto, trata-se de um indicador que é imprescindível no planeamento, na intervenção e avaliação dos profissionais de saúde, e, sobretudo nos Enfermeiros de Reabilitação.

Reabilitação Funcional: Um Processo Global

Reabilitar um doente idoso é procurar facilitar o desenvolvimento das suas potencialidades máximas, ao nível físico, psicológico, familiar e social, em função quer das suas limitações anatómicas e fisiológicas quer das ambientais. É com esta visão que a Enfermagem de Reabilitação desenvolve as suas competências na recuperação do doente após fratura da extremidade superior do fémur.

É sobejamente conhecido que a dependência do tipo parcial ou total origina, nos doentes e cuidadores, necessidades de adaptação e ajustamento à nova situação de vida, que nem sempre são fáceis. Neste processo, os enfermeiros devem ser agentes facilitadores no ciclo de adaptação, ajudando as pessoas a gerir transições muitas vezes complexas, através da implementação de intervenções dirigidas não só às pessoas com dependência, mas também aos cuidadores.

Consideramos os Enfermeiros especialistas/mestres em Reabilitação como elementos cruciais na avaliação, tratamento e reavaliação destas situações, uma vez que é seu paradigma perspetivar a maximização de resultados tendo em consideração aspetos comuns a todos os doentes e famílias e, ao mesmo tempo, atendendo à singularidade de cada um(a).

De acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista de reabilitação (Regulamento nº 125/2011) este intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes, assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Cunha et al., 2007)

O processo de reabilitação é único e pessoal e não deve, em nosso entender, terminar no hospital, mas sim quando o indivíduo se torna autónomo e independente no meio ambiente em que se movimenta. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o doente, devendo ser tão prolongado quanto o necessário para adaptar, recuperar e/ou restabelecer o nível ótimo de independência funcional (Pereira, 2003).

A “alta” não significa a total recuperação do doente, sendo, por isso, é fundamental garantir a continuidade de cuidados, quer seja por parte da família, quer de instituições de saúde e /ou sociais, de maneira a que este possa ser reintegrado com o maior grau de autonomia na sua comunidade.

Apesar das mudanças estruturais das famílias, evidenciadas nos últimos anos em Portugal, estas continuam a ter um papel importantíssimo no apoio dos seus membros, continuando a ser consideradas a principal fonte de suporte nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Martins, 2009).

O modo como os membros que constituem a família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais ou disfuncionais. Uma família é considerada funcional quando os seus membros estão aptos a responder aos conflitos e situações críticas que possam surgir, com uma certa estabilidade emocional (Andrade & Martins, 2011). Já numa família disfuncional, os membros que a constituem dão prioridade aos seus interesses particulares em detrimento dos interesses do grupo, não assumindo os seus papéis dentro do sistema familiar. Os seus vínculos afetivos são superficiais e instáveis, raramente são capazes de resolver, de forma adequada, situações críticas como grupo, e os seus membros não se conseguem adaptar a novas situações (Santos & Pavarini, 2011).

Em suma, o funcionamento familiar ou a forma como este é percecionado, é um elemento chave no processo de recuperação do idoso e no restabelecimento da sua independência funcional.

Material e Métodos

Conceptualizámos um estudo de cariz transversal, descritivo/correlacional do tipo quantitativo, que envolveu uma amostra (não probabilística por conveniência), constituída por 60 indivíduos do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (CHTV) que tinham sofrido fratura da extremidade superior do fémur há mais de 6 meses, com idade igual ou superior a 65 anos.

Os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, pois, para além, do pedido formal dirigido ao conselho de Administração do CHTV-EPE e á Comissão de Ética da mesma Instituição, foi recolhido o documento de consentimento informado de todos os participantes, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, e, ainda, foi dada a liberdade de, em qualquer altura, poderem desistir se assim o desejassem. Para a colheita de dados foi utilizado um formulário, por nós construído, e foram aplicadas escalas elaboradas por outros investigadores, já traduzidas e testadas na população portuguesa. Os instrumentos de colheita de dados (ICD) deste estudo incluíram questões de caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala de Apgar Familiar (EAF) e o Índice Modificado de Barthel (IMB) que avalia a independência funcional para as atividades de vida diária. O tratamento estatístico da presente investigação foi efetuado através do programa *Statiscal Package Social Science* versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft.

Resultados

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos idosos é do sexo feminino (65%), com uma média de idades de 78,5 anos, sendo os homens, em média, mais novos que as mulheres. Residem maioritariamente em meio rural (60%), mas

acompanhados (91,7%). Verificámos ainda que 56,7% da amostra total é casada, havendo mais homens casados (85,7%) do que mulheres, já que 53,8% das mulheres são viúvas. Considerando as habilitações literárias, a maioria dos idosos tem apenas o 1º ciclo do ensino básico (65,0%); contudo, existem ainda 16,7% que não sabe ler nem escrever; 75% não recebe apoio do centro de dia e aqueles que recebem são essencialmente mulheres (28,2%). Economicamente, estamos perante um grupo frágil, uma vez que a maioria (56,7%) auferem rendimentos mensais inferiores a 400€.

Em termos de caracterização clínica, constatámos que 50% dos indivíduos foi operada ao colo do fémur, 35% à área trocântérica e 15% à área subtrocântérica. Quanto ao tipo de cirurgia, verificámos que 53,3% dos indivíduos foram intervencionados para fixação da fratura com placa e parafusos, 25% fez artroplastia total da anca e 21,7% fez apenas artroplastia parcial.

Os programas de reabilitação foram realizados pela maioria (71,7%) dos participantes, sendo os homens os principais beneficiários; contudo, 28,3% destes não lhes deu continuidade depois da alta.

A funcionalidade familiar percecionada pelos idosos é muito positiva, dado que 70% deles avalia a família como altamente funcional, 18,3% com funcionalidade moderada e 11,7% com disfunção acentuada. Os homens têm globalmente perceções mais positivas do que as mulheres.

Relativamente à variável central deste estudo - (in)capacidade funcional - verificamos, que 40% dos indivíduos da amostra são independentes, ou seja possuem capacidades funcionais para gerir de forma autónoma as suas AVDs; 21,7% têm uma dependência moderada e 38,3% apresenta dependência mais severa para as AVDs.

Encontrámos associação significativas entre a idade e a incapacidade funcional, aumentando esta com o aumento da idade ($p=0,01$); também entre o estado civil se revelou significativo ($p=0,006$), uma vez que os doentes casados são mais capacitados do que os solteiros, viúvos e divorciados; as habilitações literárias ($p=0,002$) mais elevadas estão associadas aos indivíduos com maior capacidade funcional; do mesmo modo, os idosos com rendimentos mais baixos (200€ - 400€) apresentam menor capacidade funcional com diferenças estatísticas significativas ($p=0,017$); o apoio domiciliário também revelou associação significativa ($p=0,003$) e é maior naqueles que são mais dependentes. Verificámos, ainda, que os idosos mais independentes eram os que tinham feito programas de reabilitação continuada, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p=0,002$).

Contrariamente, o género ($p=0,069$), a funcionalidade familiar percecionada ($p=0,231$) e o tipo de cirurgia realizada ($p=0,194$) não apresentaram diferenças estatísticas significativas.

Discussão dos Resultados

Os resultados deste estudo mostram que a média de idades dos inquiridos se situa nos 78,5 anos, sendo estes maioritariamente do género feminino (65%). Estes dados vêm corroborar os do INE 2011, ao referir que a esperança média de vida para a população portuguesa se situa nos 79,20 anos. Existe associação entre a idade e a capacidade funcional, pois concluímos que a capacidade funcional diminui com o aumento da idade ($p=0,01$). De facto, é na faixa etária dos 65-75 anos que encontramos valores médios de capacidade funcional mais positivos, o que vem reforçar os pressupostos já enunciados por outros investigadores, Pavarini et al. (2008) e Andrade (2009), quando referem que os idosos entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada e que, acima dos 85 anos, a incapacidade é quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos.

Contrariamente, a relação existente entre género e independência funcional não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,069$); contudo, os valores das ordenações médias nos homens são superiores aos do sexo feminino.

A análise da relação entre o estado civil e a incapacidade funcional mostra existirem diferenças estatísticas significativas ($p=0,006$), uma vez que os doentes casados são mais capacitados do que os restantes, solteiros viúvos e divorciados. A viuvez constitui um fator de risco para a dependência nas AVDs e para a mobilidade, com uma probabilidade 3,3 vezes superior de se tornarem dependentes. Não obstante, trata-se de uma opinião não consensual, pois outros autores como Cunha et al. (2007) afirmam que pessoas que moram sozinhas se revelam mais independentes no desempenho das suas actividades.

O nível educacional dos nossos participantes é baixo (1º ciclo), sendo o grupo das mulheres o mais iletrado: corroboramos Martins & Santos (2008) quando dizem ser compreensível este cenário, atendendo à moldura sociocultural que, durante anos, prevaleceu na nossa sociedade. A correlação demonstra que a capacidade funcional aumenta com o aumento das habilitações literárias ($p=0,002$). De facto, o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, para a adesão ao tratamento e para a manutenção de um estilo de vida saudável que limite a ação de indicadores de risco (Marques et al. 2006).

O apoio domiciliário constitui-se um fator interferente na independência funcional destes idosos ($p=0,003$) e está mais presente naqueles que são mais dependentes. Alguns autores entendem a capacidade funcional da pessoa idosa como um fator fundamental, uma vez que esta dimensão está diretamente relacionada com a probabilidade do idoso viver na sua própria casa e na sua comunidade (Ribeirinho, 2005; Rebelatto & Morelli, 2011). Sentimos reforçado o paradigma de que a institucionalização deverá ser encarada pelas famílias como o último recurso para

resolver o problema da dependência, uma vez que o domicílio continua a ser o meio ambiente com o qual o idoso se identifica, se sente mais seguro, e, portanto, o local privilegiado para a promoção da sua autonomia.

Os problemas económicos são frequentemente identificados pelos média como um dos problemas mais graves que atingem atualmente os idosos portugueses e o nosso estudo vem reforçar esta informação. Constatámos que 56,7% auferem rendimentos mensais inferiores a 400€ com acentuada desigualdade de género, uma vez que os homens auferem rendimentos superiores aos das mulheres. A relação entre estas duas variáveis mostra que os idosos com rendimentos mais baixos (200€ - 400€) apresentam menor capacidade funcional, com diferenças estatísticas significativas ($p=0,017$).

Vimos que as fraturas da extremidade superior do fémur ocorreram em três zonas anatómicas distintas (50% colo do fémur; 35% área trocantérica; 15% área subtrocantérica. A análise do tipo de cirurgia mostra que os indivíduos a quem foi feita artroplastia total da anca e fixação da fratura com placa e parafusos apresentam maior capacidade funcional que os que fizeram apenas artroplastia parcial da anca, porém não encontramos diferenças estatísticas significativas ($p=0,194$). Para Tapadinhas et al. (2006) a artroplastia é uma das intervenções cirúrgicas com melhores resultados em termos de recuperação funcional do doente, uma vez que a nova anca proporciona uma certa estabilidade.

A maioria da amostra (71,7%) fez na sua recuperação programas de reabilitação; contudo, nem todos lhes deram continuidade no domicílio (11,8%). Constatámos que o grupo masculino fez mais tempo e mais sessões de reabilitação que as mulheres ($H=81\%$; $M=66\%$). Observámos ainda que os idosos mais independentes eram os que tinham feito programas de reabilitação continuada, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p=0,002$). Subscrevemos Salmela et al (2010), quando defendem que a reabilitação deve iniciar-se o mais cedo possível, uma vez que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes após fratura do colo do fémur. A intensidade do programa de reabilitação deve depender do estado do doente e do grau de incapacidade apresentado. Contudo, se a reabilitação ativa não for possível, deve realizar-se reabilitação passiva, minimizando o risco das contrações, da dor articular, das úlceras de decúbito e das pneumonias uma vez que constituem complicações que podem diminuir substancialmente o potencial de recuperação do indivíduo. Consideramos o Enfermeiro Especialista de Reabilitação como elemento fundamental neste processo e na equipa multidisciplinar, uma vez que é ele o detentor de competências e oportunidades para proceder a avaliações do grau de dependência, desde o internamento à reinserção no domicílio e na comunidade. Para além disto, possui competências específicas para avaliar o tipo de apoio que o idoso necessita, as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económico e de tempo, e,

ainda, aos níveis físico e cognitivo, no sentido de auxiliar a família nas decisões da melhor opção, garantindo deste modo a melhor continuidade dos cuidados.

Podemos afirmar que os idosos da nossa amostra têm percepções de bom funcionamento familiar. De facto, 70% sente as famílias como altamente funcionais, 18,3% com disfunção moderada e apenas 11,7% com disfunção severa. Embora seja indiscutível a importância do papel da família no apoio a estes participantes em termos de capacidade funcional, as diferenças estatísticas encontradas no nosso estudo não foram significativas ($p=0,231$). Contudo, concordamos com Martins & Fernandes (2009), quando referem a família como o recurso mais acessível e comum à prestação de cuidados, tendo, em muitas circunstâncias, de prestar cuidados devido à escassez de serviços formais organizados.

Por fim, considerando a variável central da nossa pesquisa - (in)capacidade funcional – verificamos que os nossos participantes apresentam quadros diferenciados: assim 40% dos indivíduos da amostra são independentes, possuindo capacidades funcionais para gerir de forma autónoma as suas AVDs; 21,7% apresentam algum grau de dependência, embora seja moderada, e 38,3% (grupo ainda significativo e mais preocupante) que apresenta dependência mais severa. Sabemos que, com o avançar da idade, as doenças crónicas e as modificações orgânicas próprias do envelhecimento tendem a piorar a funcionalidade do indivíduo, podendo mesmo ameaçar a sua independência. Ora não podemos esquecer que estamos perante uma população que tem uma idade média de 78,3 anos e, como diz André (2006), dependendo da idade, a maioria dos doentes idosos exibirá incapacidades residuais bastante significativas que podem ser temporárias ou tornar-se mesmo permanentes.

Para além disso, constatamos que nem todos foram sujeitos ao mesmo tipo de cirurgia, tendo-se verificado que aqueles que foram sujeitos a artroplastia total da anca e a fixação da fratura com placa e parafusos apresentaram maior capacidade funcional que os que fizeram apenas artroplastia parcial da anca. De forma similar, a frequência e o tempo de realização de programas de reabilitação divergiu entre os elementos da amostra, uma vez que apenas 59,9% o fez em processo contínuo. Corroboramos Cunha et al (2007), quando afirmam que o enfermeiro de reabilitação é o profissional da equipa de saúde melhor posicionado para a reabilitação ajustada e continuada, não só pelos conhecimentos técnico-científicos que detém, mas também por ser o profissional que mais tempo permanece junto do doente, capacitando-o a ele e à família para o autocuidado nas AVDs, de forma a gerirem os obstáculos passíveis de provocar dependência, proporcionando deste modo uma melhor qualidade de vida.

Conclusões

A incapacidade funcional é de facto uma variável chave a considerar na autonomia do doente/idoso, sobretudo quando os indivíduos são acometidos por fraturas da extremidade superior do fémur.

Perante o crescimento de uma população envelhecida, (como verificámos no estudo) a avaliação da autonomia/ independência funcional torna-se fundamental, tanto na avaliação do estado de saúde, como na planificação dos cuidados. Corroboramos a ideia de que a capacidade funcional se tenha constituído como o melhor modelo de diagnóstico e terapêutica, uma vez que permite identificar as capacidades e limitações de cada indivíduo.

Os ganhos em reabilitação e na funcionalidade definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos doentes, estando ligados ao modo e tempo de realização desses processos. Importa para isso, que a reabilitação se inicie precocemente no internamento e se continue no pós-alta e no período de readaptação ao domicílio e à comunidade. Para isso torna-se fulcral que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro de reabilitação, conheça as variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais do idoso, com influência no processo de recuperação, de modo a que a sua capacidade de agir e os objetivos funcionais a definir sejam eficazes e eficientes.

A síntese conclusiva que podemos retirar do nosso estudo, com base nos objetivos definidos, é a seguinte:

- A incapacidade funcional dos participantes que integraram a nossa amostra apresenta quadros diferenciados, uma vez que 40% dos indivíduos são independentes no desempenho das atividades de vida diária; 21,7% apresentam algum grau de dependência, embora este seja moderado, necessitando, por isso, de algum tipo de ajuda; e 38,3% apresenta dependência mais severa, necessitando permanentemente de ajuda no seu dia a dia.
- Considerando as relações significativas encontradas entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais e a incapacidade funcional, constatámos: que os idosos mais independentes eram os que possuíam menor idade, os que detinham o estado civil de casado, com maiores habilitações literárias e maiores rendimentos mensais, que tinham auferido de apoio domiciliário formal, que tinham sido sujeitos a cirurgia do tipo artroplastia total da anca e a fixação da fratura com placa e parafusos e que tinham ainda realizado programas de reabilitação com maior frequência e de forma continuada.
- De modo inverso, pudemos constatar que o género, o local de residência, o agregado familiar e a funcionalidade familiar percecionada pelos nossos

participantes se mostraram independentes, ou seja não se relacionaram de forma significativa com a incapacidade funcional dos nossos idosos.

Os contributos deste estudo reforçam o paradigma de que a reabilitação funcional iniciada precocemente (no pós-cirurgia) e com programas continuados após a alta aumentam a capacidade funcional destes doentes. De facto, o processo de reabilitação deve ser único e pessoal e só deve terminar quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente, tendo sempre em consideração as limitações de cada um. Para isso, o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199. Acedido a 22 de Março de 2012 em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>>.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- André, C. (2006). *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Cunha, C., Monteiro, E., Ribeiro, G., Amaral, M. & Martins, T. (2007). *A importância da enfermagem de reabilitação no cuidar de idosos*. (Trabalho de Investigação de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação). Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Espadaneira, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer*. Acedido a 22 de Março de 2012 em <<http://www.ajudas.pt/notVer.asp?ID=2570>>.
- Freemont, A. J. (2003). Connective tissue disease. In H. Fillit, K. Rockwood & K. Woodhouse, *Geriatric medicine and gerontology*. (6ª ed.), pp. 905-912. Edinbur: Churchill Livingstone. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <<http://www.eu.elsevierhealth.com/isbn/9781416062318/Medicine/Brocklehursts-Textbook-of-Geriatric-Medicine-and-Gerontology/Fillit-Rockwood-and-Woodhouse>>.
- Guimarães, L., Galdino, D. C. A. & Martins, F. L. M. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêuticos. *Revista Neurociências*, 12(35), 130-133. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=avalia%20a7%20a3o%20da%20capacidade%20funcional%20de%20idosos%20em%20tratamento%20fisioterap%20auticos.%20revista%20neuroci%20aancias>>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: INE.
- Marques, S., Rodrigues, R. & Kusumota, L. (2006). Os idosos após acidente vascular cerebral: Alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(3), 364-371.
- Martins, M. M. & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista Referência*, 2(11), 79-91. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2155&id_revista=4&id_edicao=31>.
- Martins, R. M. L. (2009). Envelhecimento e multiculturalidade. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos & O. P. Ribeiro (Coords.). *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar* (Cap. 4, pp. 221-226). Loures: Lusociência.
- Martins, R. M. L. & Santos, A. C. A. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium*, 35. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/8.pdf>>.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). Relatório mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários. Agora mais que nunca. Acedido a 22 de Março de 2012, em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>.

- Pavarini, S. C. I., Luchesi, B. M., Fernandes, H. C. L., Mendiondo, M. S. Z., Filizola, C. L. A. & Barham, E. J. (2008). Genograma: Avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletr. Enf.*, 10(1), 39-50. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/v10n1a04.htm>.
- Pereira, S. R. M. (2003). *Repercussões sócio-sanitárias da "epidemia" das fraturas do fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso*. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido a 22 de Março de 2012 em: <<http://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/pereirasmd.pdf>>.
- Rebelatto, J. R. & Morelli, J. G. S. (2011). *Fisioterapia geriátrica: A prática de assistência ao idoso*. (2ª ed.). São Paulo: Manole.
- Regulamento n.º 125/2011. *Diário da República, 2ª série, n.º 35*, de 18 de Fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3013>>.
- Ribeirinho, O. (2005). Envelhecer em Portugal: Quando o cuidador é um homem, envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 235-258). Lisboa: Climepsi.
- Salmela, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. (2010). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health & Development*, 37(5), 719-726.
- Santos, A. A. & Pavarini, S. C. (2011). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Electrónica Enfermagem*, 13(2), 361-367. Acedido em a 22 de Março de 2012 em: <www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a24.pdf>.
- Sérgio, J. S. (2005). *Fundamentos de orto-traumatologia, para técnicos de saúde*. Loures: Lusodidacta.
- Serra, L. M. A. (2011). *Critérios fundamentais em fraturas e ortopedia* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Tapadinhas, M. et al. (2006). Utilização do componente acetabular impactado por pressão com polietileno altamente reticulado na artroplastia total da anca. Estudo preliminar de 116 casos com um seguimento mínimo de 3 anos. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 14(1), 34.
- Tinetti, M. E. & Williams, C. S. (2007). Falls, injuries to falls, and the risk of admission to a nursing home. *New England Journal of Medicine*, 337(18), 1279-1284. Acedido a 22 de Março de 2012 em <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199710303371806>>.

Recebido: 14 de Novembro de 2015.

Aceite: 4 de maio de 2016.