



VOLUME 18

Qualitative Research in Health

Investigação Qualitativa em Saúde
Investigación Cualitativa en Salud

DOI:

<https://doi.org/10.36367/ntqr.18.1023.e833>

Telma Antunes

Maria do Céu Sá

Ana Nabais

Data de submissão: 03/2023

Data de avaliação: 04/2023

Data de publicação: 09/2023

A PESSOA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÊMUR- A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DO SEU DECLÍNIO FUNCIONAL

RESUMO

As alterações músculo-esqueléticas associadas ao envelhecimento são comuns, limitando a mobilidade, aumentando a fragilidade e o risco de queda, contribuindo assim para o aparecimento de fraturas sobretudo do membro inferior. A fratura da extremidade proximal do fémur é comum na pessoa idosa e apresenta uma tendência epidemiológica crescente. Por sua vez, a imobilidade condicionada pela fratura favorece a perda de funcionalidade e da capacidade de autocuidado. O enfermeiro é um elemento integrado na equipa multidisciplinar, que atua na prevenção de complicações, na manutenção da função existente e na reeducação funcional, com foco na capacitação para o autocuidado e na reinserção social. Objetivos: Identificar quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur. Métodos: Para dar resposta à questão de investigação: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que previnem o declínio funcional da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur?" realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura com protocolo de pesquisa segundo o acrónimo PI[C]O – População, Intervenções, Outcomes. Recorreu-se ao Fluxograma PRISMA e à elaboração de Tabelas de Apresentação de Resultados. Resultados: Foram apurados seis estudos que respondem à questão de investigação. Estes evidenciam que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve incluir uma avaliação pós-alta hospitalar. Conclusões. A continuidade do programa de enfermagem de reabilitação é fundamental na prevenção de multidimensional permitindo tomar decisões sobre o planeamento de cuidados, incluindo programas de mobilizações, treino de marcha e de Atividades de Vida Diária, envolvendo a pessoa e o cuidador/família, garantindo a continuidade de cuidados no complicações associadas à fratura da extremidade proximal do fémur, sobretudo resultantes da vulnerabilidade acrescida da pessoa/família.

Palavras-Chave

Enfermagem de Reabilitação; Fratura da extremidade proximal do fémur; Idoso; Declínio funcional; Autocuidado.

THE PATIENTS WITH A HIP FRACTURE-THE INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE IN THE PREVENTION OF ITS FUNCTIONAL DECLINE

Abstract

Musculoskeletal changes associated with aging are common, limiting mobility, increasing frailty and the risk of falling, thus contributing to the appearance of fractures, especially in the lower limb. Hip fracture is common in the elderly and shows a growing epidemiological trend. In turn, the immobility conditioned by the fracture favors the loss of functionality and self-care capacity. The Nurse is an element integrated in the multidisciplinary team, which acts in the prevention of complications, in the maintenance of the existing function and in the functional re-education, focusing on the training for self-care and the social reintegration of the person. Objectives: To identify which interventions by the Specialist Rehabilitation Nurse prevent the functional decline of patients with fractures of the proximal end of the femur. Methods: To answer the research question: Which rehabilitation nursing interventions prevent the functional decline of people with hip fractures?", an Integrative Literature Review (IRL) was carried out with a research protocol according to the acronym PI[C]O – Population, Interventions, Outcomes. The PRISMA Flowchart and the preparation of Results Presentation Tables were used. Results: Six studies were selected that answer the research question. These show that the EER intervention must include a multidimensional evaluation allowing decision-making on care planning, including mobilization programs, gait training and ADL involving the person and the caregiver/family, ensuring the continuity of post-discharge care. Conclusions The continuity of the rehabilitation nursing program is fundamental in the prevention of complications associated with fracture of the proximal end of the femur, mainly resulting from the increased vulnerability of the person/family.

Keywords

Rehabilitation nursing; Hip fracture; Elderly; Functional decline; Self care.

1. Introdução

A global melhoria das condições de vida das populações, a evolução da medicina e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde desencadeou um aumento progressivo da esperança de vida, especialmente evidente nas sociedades ocidentalizadas, contribuindo para o envelhecimento das populações (Carneiro et al., 2013; Pina & Baixinho, 2020). O envelhecimento enquanto processo de declínio das capacidades físicas, mentais e sociais está associado a adversidades como o maior risco de desenvolvimento de doença, comorbilidade, fragilidade, diminuição da capacidade funcional, menor capacidade de adaptação ao meio (Ferreira et al., 2012). Estas adversidades podem conduzir à dependência funcional por dificuldade ou incapacidade para o autocuidado. As alterações músculo-esqueléticas são comuns, limitando a mobilidade e contribuindo para o aumento da fragilidade e do risco de queda.

De entre as alterações músculo esqueléticas a osteoporose é a maior causa destas complicações. A osteoporose é uma doença associada ao processo de envelhecimento, e afeta predominantemente mulheres após a menopausa (Silva et al., 2018). A diminuição da massa óssea provocada pela osteoporose condiciona alterações arquiteturais especialmente significativas nas metáfises dos ossos longos, originando fragilidade óssea e suscetibilidade para fraturas. Com o aumento do risco de queda com a idade, é natural que aumente também a frequência da fratura da extremidade proximal do fémur (Gomes, 2016; Laires et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde (2007) estima que, aproximadamente 28-35% da população mundial com 65 anos ou mais cai uma vez por ano. Esta percentagem eleva-se para 32-42% na população com mais de 70 anos. A queda pode ser fatal ou causar morbidade, entre as quais, a Fratura da Extremidade Proximal do Fémur (FEPF) (Laires et al., 2015). Em Portugal a tendência epidemiológica das FEPF tem aumentado. Num estudo transversal realizado entre 2005 a 2013, por Silva e colaboradores (2018) onde foram incluídas pessoas com 65 anos ou mais, os autores concluíram que durante este período, houve uma tendência crescente do número de internamentos por FEPF, a idade média foi de 79,32 anos, 74,5% eram do sexo feminino e a incidência aumentou de 508,49 casos por 100 mil pessoas/ano em 2005 para 628,39 em 2013. (Silva, et al., 2018).

A FEPF define-se como uma solução de continuidade do fémur, desde o limite inferior da sua cabeça até 5 cm abaixo da porção mais inferior do pequeno trocânter (Marti et al., 1993 citado por Silveira et al., 2003). É recomendado o tratamento cirúrgico e que seja o mais precoce possível, idealmente nas primeiras 24 a 48h. Pretende-se não só restaurar a função do membro inferior, para níveis próximos ao anterior à fratura, como prevenir e travar o declínio funcional (Rocha et al., 2009; Silveira et al., 2003).

A localização e o tipo de fratura, associada à idade, ao grau de fragilidade óssea e ao global estado de saúde da pessoa, são elementos importantes na escolha do tipo da abordagem cirúrgica. Geralmente as fraturas extracapsulares estão associadas a uma maior frequência de utilização de técnicas de osteossíntese (alinhamento e fixação). Nas intracapsulares, pelo risco acrescido de necrose avascular é maior a frequência de utilização de próteses (parciais ou totais), principalmente nas subcapitais e transcervicais (Direção Geral de Saúde, 2013; Turesson et al., 2018).

A artroplastia parcial da anca (substituição da cabeça do fêmur) é utilizada habitualmente em pessoas com idade avançada e sem sinais de artrose da articulação, pelo que a artroplastia total da anca (ATA) (substituição da cabeça do fêmur e do acetábulo) é uma opção cada vez mais utilizada (Direção Geral de Saúde, 2013; Turesson et al., 2018).

O impacto epidemiológico da FEPF é notável, requerendo sempre internamento hospitalar, quase sempre intervenção cirúrgica e reabilitação. Estima-se ainda que após um ano deste acontecimento adverso, 50 a 60% das pessoas expressam algum tipo de perda funcional ou motora, 30 a 40% conseguem uma recuperação funcional comparável ao nível pré-fratura e 20 a 30% faleceram (Laires et al., 2015). Por outro lado, verifica-se uma tendência para internamentos cada vez mais curtos, verificando-se também que, um número significativo de pessoas, aquando da alta hospitalar, encontra-se dependente de terceiros para o autocuidado por não ter readquirido autonomia na marcha (Baixinho, 2011; Silveira et al., 2003). O declínio funcional promove a diminuição da qualidade de vida, a exacerbação do isolamento social, agrava os custos em saúde e o risco de novas quedas.

Após a cirurgia a intervenção do enfermeiro é essencial para aumentar ou manter o potencial da pessoa e, sobretudo prevenir complicações associadas à imobilidade.

A imobilidade condicionada pela FEPF induz o aparecimento de complicações, perda de funcionalidade, exacerbação das comorbilidades previamente existentes e aumento da mortalidade (Costa et al., 2009).

A imobilidade associada ao internamento hospitalar por FEPF no pré-operatório contribui para agravar as alterações músculo-esqueléticas prévias e, estas são tanto mais graves quanto mais prolongado for o período de imobilidade. Como efeitos adversos da imobilidade destacam-se: a diminuição da massa e da força muscular, diminuição da massa óssea e diminuição da amplitude articular contribuindo para a limitação da atividade física com um impacto considerável na vida das pessoas. Surgem ainda como complicações frequentes: alterações cardiorrespiratórias (pneumonia, atelectasias e fenómenos tromboembólicos), gastrointestinais e urinárias e úlceras por pressão (UPP) (Sousa & Carvalho, 2017a).

O declínio funcional é definido por Ko et al. (2019), como a perda de independência no autocuidado devido a diminuição da capacidade funcional. Acrescenta ainda que o declínio funcional na pessoa idosa internada gera consequências graves, tais como: aumento de morbilidade, dependência, institucionalização e morte. Por conseguinte, uma intervenção de enfermagem de reabilitação durante o internamento é essencial para reduzir o declínio funcional como promover o levantar e o treino de marcha precoce, evitando assim, a dependência e aumentar o bem-estar.

A incapacidade ou dificuldade em andar condiciona a capacidade de autocuidado, diminui a qualidade de vida, exacerba o isolamento social, aumenta o risco de novas quedas e agrava os custos em saúde. (Baixinho, 2011; Silveira et al., 2003).

O medo de cair leva a restrição da atividade física, contribuindo para aumentar a debilidade física e o declínio do autocuidado (Melo, 2012;).

O medo de cair constitui por si só um problema, uma vez que contribui para aumentar a fragilidade e é um dos fatores que compromete o processo de reabilitação após FEFP. Identificar e compreender o medo de cair através do instrumento Falls Efficacy Scale - FES é essencial para uma intervenção ajustada que permita o planeamento de cuidados (Lachman et al., 1998).

A pessoa com FEFP, experiencia assim uma fase de transição que implica uma readaptação a uma situação de vida diferente com compromisso da capacidade do autocuidado.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tendo em conta as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, é um elemento integrado na equipa multidisciplinar, que atua na prevenção de complicações, na manutenção da função existente e na reeducação funcional, com foco na capacitação para o autocuidado e na reinserção social da pessoa (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011; Meehan et al., 2019). Particularizando à situação da pessoa com FEFP a relação terapêutica entre enfermeiro/pessoa e família ou cuidador inicia-se no pré-operatório e prolonga-se até que a pessoa regresse ao domicílio. De seguida, é fundamental tomar decisões como é que a pessoa/família pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem. Esta atividade exige uma avaliação cuidada do seu potencial funcional e das necessidades da família.

Com este artigo pretendemos identificar quais as intervenções do EEER que previnem o declínio funcional da pessoa com FEFP.

2. Metodologia

Para dar resposta ao objetivo traçado foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A RIL é uma metodologia de investigação que permite a avaliação crítica e a síntese das evidências existentes sobre um tema ou questão investigados, cujo objetivo permite aprofundar o conhecimento do problema em estudo e a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados (Néné & Sequeira, 2017), de modo a promoverem a melhoria da prestação de cuidados, baseados na Prática Baseada na Evidência (Galvão et al., 2004 Mendes et al., 2008).

A RIL é um método específico, que resume a literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Botelho et al., 2011). Esta permite a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não-experimentais) fundamentada em conhecimento científico com resultados de qualidade, de modo a promoverem a melhoria da prestação de cuidados (Galvão et al., 2004). Este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise de dados e, a apresentação dos resultados (Whittemore & Knaf, 2005). Permite assim, reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado ou questão de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do problema investigado (Galvão et al., 2004; Sousa & Carvalho, 2017b).

Para Botelho et al., (2011), Mendes et al., (2008), Pompeo et al., (2009), Souza et al., (2010), este método de investigação tem seis etapas distintas:

Etapa 1 - A identificação do tema e selecção da questão de investigação para a elaboração da revisão. Esta etapa é considerada norteadora na condução de uma RIL e a questão de partida facilitará a definição dos descritores e a execução da procura dos estudos;

Etapa 2 - O estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura. Consiste na determinação dos critérios que deve ser realizada em harmonização com a pergunta de partida, por isso deve incluir os participantes, a intervenção e os resultados de interesse (Souza et al., 2010). A pesquisa deve ser realizada por dois revisores de forma independente, de modo a garantir o rigor do método e dos resultados (Mendes et al., 2008);

Etapa 3 - A definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Nesta etapa constrói-se um instrumento de colheita de dados de modo a reunir e a sintetizar as informações-chave a serem extraídas dos estudos selecionados;

Etapa 4 - A avaliação dos estudos incluídos na RIL. Etapa que corresponde à análise dos dados;

Etapa 5 - A interpretação dos resultados. Esta corresponde à discussão dos principais resultados da pesquisa;

Etapa 6 - A apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Tem como principais objetivos reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões

Tendo em consideração as etapas descritas da RIL, relativamente à etapa 1 - Identificação do tema e selecção da questão de investigação para a elaboração da revisão determinou-se a seguinte questão de investigação, elaborada de acordo com a mnemónica PI[C]O (Population; Intervention; Outcomes), "Quais as intervenções do EEER (Intervention) que previnem o declínio funcional (Outcomes) da pessoa com fratura da extremidade proximal do fémur (Population)?".

Na etapa 2 - Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura. Para dar resposta à questão de investigação procedemos a uma primeira pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma ESBCOhost. Efetuámos a análise e identificação de palavras-chave contidas no título e no resumo dos artigos, bem como dos termos indexados correspondentes. De seguida, elaborámos o protocolo desta RIL.

Apuradas as palavras-chave e termos indexados, realizámos uma segunda pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e da PubMed, no mês de maio de 2021. Foram usados descritores em inglês e em associações (AND e OR), em linguagem natural e indexada (termos indexados na CINAHL e MEDLINE) pela seguinte ordem: (Hip Fracture OR Femoral Fracture OR MM "Hip Fractures, Stress" OR MM "Hip Fractures+") AND (Aged OR Older Adults OR MM "Frail Elderly" OR MM "Elderly") AND (Rehabilitation OR MM "Rehabilitation Nursing" OR MM "Rehabilitation+") AND (Nurs* OR MM "Practical Nurses" OR MM "Gerontologic Nurse Practitioners").

Foram considerados apenas os artigos que cumpriam os seguintes critérios: full-text; publicados em língua inglesa, portuguesa, italiana e espanhola e delimitada aos últimos dez anos (2010-2020), de forma a privilegiar estudos mais recentes. Foram incluídos apenas estudos cujos participantes tivessem idade superior a 65 anos com FEPP.

Quanto às intervenções de enfermagem, contemplaram-se todas as que, após estabilização da fratura (pré e pós-cirurgia) sugerissem prevenção de complicações e promoção da maximização do potencial funcional da pessoa.

O método de pesquisa permitiu extrair oitenta e seis (86) artigos. De seguida aplicamos o Fluxograma PRISMA para a seleção dos estudos a incluir na RIL, como podemos observar na figura 1. Esta seleção foi realizada em simultâneo pelos autores deste estudo. Da leitura do título eliminaram-se dezoito (18) estudos duplicados. A leitura do resumo permitiu eliminar cinquenta (50) estudos que não cumpriam os critérios de inclusão. Procedeu-se à leitura integral dos dezoito (18) estudos elegíveis, sendo excluídos doze (12) por não responderem à questão de investigação. Assim, a amostra final resultou em seis (6) artigos.

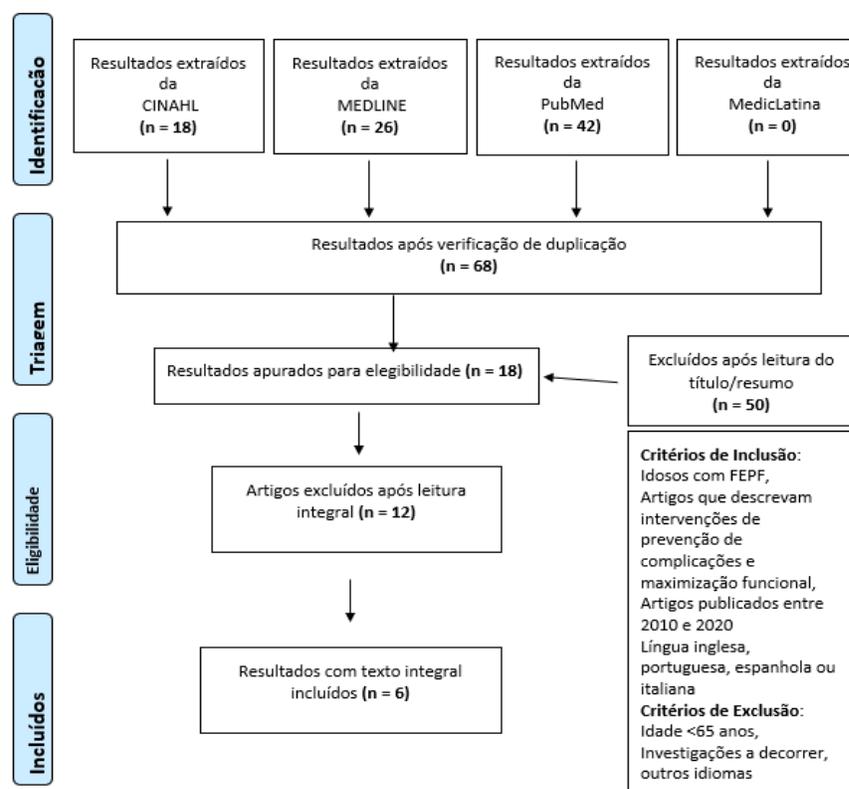


Figura 1. Fluxograma Prisma para a seleção dos estudos.

Os estudos selecionados foram analisados pelos autores e construída uma tabela de síntese dos resultados extraídos (artigo e metodologia; autores e ano; principais resultados/conclusões do estudo), Este instrumento foi denominado de “Tabela de Apresentação de Resultados” e corresponde à etapa 3.

Sendo este estudo um estudo secundário, o protocolo do mesmo foi seguido com rigor assegurando a sua validade e, seguindo os princípios da integridade da pesquisa. A análise dos dados dos estudos que constituem a amostra bibliográfica respeitou a pesquisa e os resultados obtidos pelos investigadores.

3. Resultados / Discussão

Os dados extraídos e que respondem ao objetivo e à questão de investigação estão sintetizados na seguinte tabela, permitindo a sua análise - Etapa 4 - Avaliação dos estudos incluídos na revisão da literatura:

Tabela 1. Tabela de apresentação dos estudos selecionados

Artigo (Metodologia)	Autores e Ano	Principais resultados/conclusões do estudo
The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture Revisão da Literatura	Meehan et al. (2019)	<u>Evidência de melhores práticas:</u> -Não existe evidência de qual o melhor programa de reabilitação. As indicações após FEPP limitam-se às recomendações de limitação de carga no membro inferior afetado, mobilização nas primeiras 24h após cirurgia pelo menos 1x/dia; -Tendência de melhores resultados com Reabilitação multidisciplinar; -Avaliação completa para identificar fatores que podem comprometer o resultado funcional da pessoa; -Identificar e intervir nos fatores que condicionam o processo de reabilitação (medo de cair, expectativas, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação, dor, fadiga, falta de motivação). Programas de reabilitação que promovem maior tempo na posição de pé, sugerem redução do medo de cair, aquando da Alta hospitalar. -Avaliar a fragilidade (FRAIL scale) enquanto condição dinâmica que pode ser sensível à intervenção do enfermeiro; -Intervir na fragilidade: exercício físico (aeróbico e de resistência) – intervenções interdependentes: suplementação calórica e proteica, suplementação de Vitamina D e redução de psicofármacos; -Controlo da dor e mobilização nas 24h após a cirurgia, pelo menos 1x/dia (sentar à beira da cama e progredir para a posição ortostática – salvo contra-indicação médica). Progressivamente incorporar treino de AVD (ex: ida ao wc e vestir-se); prevenção de UP; -Não existe evidência suficiente para determinar frequência ideal de mobilização. Consenso entre autores indica pelo menos mobilização 1x/dia para benefícios na mobilidade, equilíbrio, independência e redução da necessidade de cuidados institucionais ou sociais. -Envolver a pessoa e a família/cuidador na realização de AVD, mitigando o risco de declínio funcional; -Determinar as necessidades de educação da pessoa e família/cuidador.
Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people (Review) Revisão da Literatura	Crotty et al. (2010)	-Tendência de melhores resultados com Reabilitação multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapia ocupacional, assistente social, nutricionista); -Iniciar planeamento de Alta 48h após a admissão; -Importância do planeamento de intervenções psicossociais e não somente físicas - sugere diminuição do declínio funcional ou morte.

Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures Revisão da literatura	Al-Maqbali (2014)	Principais componentes dos modelos do planeamento de Alta: -Início do planeamento da alta 48h após a admissão com base na avaliação das necessidades individuais em saúde (física e psicossocial) e educação da pessoa e família/cuidador, coordenação com equipa multidisciplinar e acompanhamento após alta através de visitas domiciliárias por 3 meses (frequência semanal ajustada às necessidades individuais). Fornecimento de contacto telefónico à pessoa e familiar/cuidador; -Educação para a saúde e entrega de folheto com informação escrita à pessoa e família/cuidador (cuidados pós-operatórios, prevenção de complicações, autocuidado no domicílio); -Os estudos sugerem que um planeamento de alta abrangente e multidisciplinar pode melhorar a qualidade de vida e a recuperação funcional após FEFP.
The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery Estudo Qualitativo, abordagem descritiva	Çelik & Bilik, (2020)	-Os enfermeiros desempenham um papel importante na satisfação das necessidades educacionais dos familiares cuidadores da pessoa com FEFP, contribuindo para a diminuição da ansiedade gerada por um papel de responsabilidade diferente após alta; -Planeamento de alta deve incluir informações detalhadas que contribuam positivamente para o processo de adaptação, facilitar o processo de cuidado e de reabilitação da pessoa que sofreu FEFP, e diminuir as preocupações dos familiares/cuidadores; -Os ensinamentos devem contemplar uso de auxiliares de marcha, cuidados no domicílio, exercícios e processo de recuperação pós-cirurgia e alimentação no pós-operatório.
Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura Revisão da Literatura	Bellatti, Luca & Lusignani, M. (2014)	-A revisão não encontrou intervenções específicas de enfermeiros, no entanto, estes desempenham um papel indispensável na equipa multidisciplinar, podendo implementar intervenções do foro psico-emocional, prevenção de complicações pós-operatórias e de reabilitação física; -O enfermeiro deve garantir a implementação de intervenções de reabilitação física, em colaboração com o fisioterapeuta, especialmente no domicílio, procurando maximizar o nível de independência, melhorar a capacidade funcional da pessoa e prevenir o declínio funcional; -As intervenções de reabilitação física (marcha e treino muscular dos membros superiores e inferiores) visam recuperar a mobilidade, deambulação e consequentemente a independência nas AVD e no autocuidado. Procura ainda garantir uma qualidade de vida o mais semelhante à anterior à fratura.
Effect of Lower-Limb Progressive Resistance Exercise After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies Revisão da Literatura e Meta-análise	(Lee et al., 2017).	-A evidência sugere melhoria da mobilidade, da realização de AVD e de tarefas de desempenho, equilíbrio e força dos membros inferiores após implementação de um programa de exercício de resistência progressiva nos membros inferiores.

Tendo em consideração a Etapa 5 da RIL - Interpretação dos resultados, apresentaremos a discussão dos principais resultados da pesquisa.

Da análise dos artigos que emergiram da RIL verifica-se que a maioria dos autores evidencia que a intervenção do EEER junto da pessoa com FEFP é eficaz para obter melhores resultados, sobretudo pelos ganhos em saúde (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011; Meehan et al., 2019).

O enfermeiro implementa intervenções sobretudo na prevenção de complicações relacionadas com a imobilidade após fratura ao elaborar e implementar, programas de reabilitação para melhorar a capacidade para o autocuidado da pessoa, prevenir o declínio funcional procurando maximizar o nível de independência (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011; Meehan et al., 2019). A imobilidade tem implicações significativas nas diferentes dimensões da pessoa, contribuindo para o aparecimento de complicações, compromisso no autocuidado e restrição na participação em sociedade. Um planeamento estratégico e ajustado dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa e sua família vai ao encontro do foco da Enfermagem de Reabilitação isto é, "a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (...) que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde" sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.3).

A forma mais eficaz de prevenir complicações associadas à imobilidade é a mobilização e o levante precoce (Silveira et al., 2003).

Meehan et al., (2019) referem que a avaliação multidimensional da pessoa e família é fundamental para identificar fatores que podem comprometer o resultado funcional da pessoa.

Conhecer as suas crenças é importante para um cuidado individualizado e uma intervenção ao nível dos fatores que condicionam o processo de reabilitação (medo de cair, expectativas, crenças sobre os benefícios dos exercícios de reabilitação, dor, fadiga, falta de motivação) e que contribuem para o declínio funcional. Estes aspetos são também evidenciados por outros autores como Ko et al. (2019), em que a avaliação funcional, utilizando escalas e instrumentos de medida, possibilitam a determinação do potencial de reabilitação. Esta avaliação facilita um planeamento de cuidados individualizados, dando ênfase aos problemas reais e potenciais, à função da amplitude articular, da força muscular para a validação dos resultados obtidos (Baixinho, 2011; Sousa & Carvalho, 2017).

Verifica-se que o EEER, integrado na equipa multidisciplinar, tem junto da pessoa com FEPF uma intervenção importante ao longo de todo o processo de reabilitação, do pré e pós-operatório no internamento ao pós alta hospitalar da pessoa com FEPF (Bellatti et al., 2014; Crotty et al., 2011). A sua intervenção permite contrariar os efeitos adversos e prevenir as complicações da imobilidade, tais como: diminuição da massa óssea, diminuição da força muscular e da amplitude articular, assim como alterações cardiorrespiratórias, gastrointestinais e urinárias; atelectasias, pneumonia, fenómenos tromboembólicos e UPP (Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017b).

Os programas de reeducação funcional no pré-operatório devem promover os exercícios de mobilização ativa e ativa-resistida dos membros não lesados para fortalecimento muscular, contrações isométricas do membro lesado e reeducação funcional respiratória (RFR) (Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017a).

No pós-operatório, a reabilitação deve promover o treino de força muscular dos membros superiores e inferiores e o treino de marcha. A recuperação da mobilidade favorece o restauro da independência nas atividades de autocuidado (Bellatti et al., 2014; Meehan et al., 2019). No pós-operatório, para além do já descrito no pré-operatório, é importante promover, as mobilizações quer passivas quer ativas-assistidas e resistidas do membro submetido a cirurgia, consoante a tolerância da pessoa. Os exercícios mencionados são: flexão/extensão da articulação coxofemoral (não ultrapassando os 90° de flexão no caso de ATA) com extensão/flexão do joelho; abdução/adução da articulação coxofemoral (até à linha média no caso da ATA); dorsiflexão/flexão plantar da articulação tibiotársica (Bento et al., 2011; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017a); levante e deambulação nas 24h-48h após a cirurgia (Bento et al., 2011; Meehan et al., 2019; Silveira et al., 2003); ensino e treino de equilíbrio; transferências e marcha com produtos de apoio, com ou sem carga total considerando as características da pessoa, a cirurgia efetuada e a estabilidade adquirida (Carneiro et al., 2013; Ko et al., 2019; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017a). O treino de marcha precoce está associado a melhor prognóstico ao fim de um mês de pós-operatório. Este é descrito como um bom preditor da maximização da capacidade funcional, verificada após um mês de pós-operatório (Baixinho, 2011).

Não existe evidência suficiente para determinar a frequência ideal de mobilização. Meehan et al., (2019) na sua revisão da literatura referem que a mobilização se deve iniciar nas primeiras 24h após-cirurgia e, pelo menos uma vez por dia para benefícios na mobilidade, equilíbrio, contribuindo para um regresso a casa precoce e realização de atividades de forma independente e segura.

Também Lee et al., (2017) e Bellatti et al., (2014), salientam que a implementação de um programa de exercício de resistência progressiva nos membros inferiores melhora a mobilidade, o equilíbrio, e a força, contribuindo para a realização de atividades de forma mais segura e independente.

Reabilitar ou readaptar a pessoa com FEPP implica ajudar a desenvolver o máximo do seu potencial, a nível físico, psicológico e sociofamiliar, em função dos défices e limitações. Para tal, a intervenção não pode ser dirigida apenas à pessoa com FEPP, mas também aos familiares ou cuidadores, tendo em consideração o meio ambiente (Al-Maqbali, 2014; Çelik & Bilik, 2020; Meehan et al., 2019).

O planeamento de alta hospitalar deverá ser iniciado 48h após a admissão (Al-Maqbali, 2014; Crotty et al., 2011). Este deverá incluir informações detalhadas que contribuam positivamente para o processo de adaptação, facilitar o processo de cuidado e de reabilitação da pessoa que sofreu FEPP e diminuir as preocupações dos familiares/cuidadores (Çelik & Bilik, 2020). É importante certificar-se de que o familiar compreendeu o programa de exercícios, nomeadamente o programa de mobilização e de carga impostas, de forma a poder auxiliar a pessoa na realização de atividades em segurança (Al-Maqbali, 2014). Na transição para o domicílio, Al-Maqbali (2014), refere como benéfico o acompanhamento da pessoa após a alta hospitalar através de visitas domiciliárias durante três meses (com frequência semanal de acordo com as necessidades individuais). Ferreira et al. (2019), referem que as pessoas são vulneráveis à perda da continuidade dos cuidados, necessitando de suporte para desenvolver competências e dar continuidade às orientações de cuidados iniciadas no internamento hospitalar.

Para Meehan et al. (2019) a fragilidade enquanto condição da pessoa com FEPP e da família é sensível à intervenção do EEER, pelo que a sua identificação e intervenção é fundamental para prevenir novas quedas e o declínio funcional (Meehan et al., 2019). Para os autores, o programa de reabilitação deverá incluir: treino aeróbico para manutenção ou aumento da força muscular dos membros, sobretudo dos membros inferiores, equilíbrio estático e dinâmico, transferências, assim como, a subida e descida de escadas (Meehan et al., 2019). O envolvimento da família/ cuidador no programa de reeducação funcional pré e pós-operatório contribui não só para o sucesso da reabilitação da pessoa como diminuiu a ansiedade em torno do seu novo papel. A intervenção deve ser sustentada pelos princípios do cuidado centrado na pessoa/ família, respeitando o direito à autodeterminação e o seu projeto individual de saúde. Este dever do enfermeiro permite também mediar as expectativas e responsabilizar a pessoa e família pelo processo de reabilitação. Cabe ainda ao EEER prescrever, orientar e coordenar o programa de reabilitação de enfermagem, integrando-o na vida diária da pessoa/família.

4. Considerações finais

A pessoa que sofreu uma FEPP, é confrontada com um evento agudo gerador de dependência.

Esta dependência, relacionada com o compromisso da mobilidade, favorece o declínio funcional que, por sua vez contribui para o aumento de risco de novas quedas, aumento dos custos em saúde, restrição da participação na sociedade e impacto negativo na qualidade de vida pessoal e familiar. No entanto, a dependência no autocuidado é um fator modificável através da identificação do potencial da pessoa e família e da promoção das capacidades adaptativas na superação das dificuldades e prevenção de complicações.

O EEER por estar habitualmente mais próximo da pessoa e família alvo de cuidados e pela prática clínica especializada assente num corpo próprio de conhecimentos, apresenta competências para intervir de forma eficiente. A avaliação e intervenção precoce junto da pessoa que sofreu uma FEPP e família, contribui para a prevenção de complicações associadas à imobilidade e seguidamente para um processo de recuperação contínuo, centrado na pessoa e família promovendo o desenvolvimento do seu potencial, facilitando o regresso ao nível funcional e independência pré-fratura (Bellatti et al., 2014; Silveira et al., 2003; Sousa & Carvalho, 2017b). Salientamos a intervenção do EEER tendo como foco restaurar a funcionalidade, prevenir complicações, promover o autocuidado maximizando as capacidades da pessoa submetida a FEPP. A conquista destas metas representa ganhos em saúde, que são sensíveis aos indicadores da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, e que promovem a satisfação e o bem-estar da pessoa e família (MCEER, 2018).

Verificou-se que os estudos evidenciam a problemática da pessoa com FEPP, surgindo associada ao conceito de fragilidade. Está clinicamente relacionada com a pessoa idosa por apresentar uma maior vulnerabilidade pela redução das capacidades e compromisso da sua condição de saúde. Esta circunstância eleva o risco de resultados de saúde adversos como quedas, hospitalizações, compromisso da capacidade, institucionalização e levando na maioria das vezes à morte. (Belloni et al., 2019; Cadore et al., 2013). De salientar que a fragilidade tem impacto não só na pessoa com FEPP, como na família e na sociedade em geral (Bergman et al., 2007), sendo sensível à intervenção do EEER, ao nível da prevenção de novas quedas e do declínio funcional. O acompanhamento do processo de reabilitação após a alta hospitalar por uma equipa de EEER é benéfico e com ganhos em saúde.

Esta revisão da literatura permitiu dar visibilidade à contribuição da intervenção do EEER para melhorar a condição de saúde da pessoa com FEPP. Da RIL e do rigor metodológico emergiram importantes e sistematizadas informações sobre o tema/problema contribuindo para aprofundar o corpo de conhecimento, possibilitando agilizar a transferência desse novo conhecimento, incorporando a evidência na prática clínica. A RIL pela combinação de dados de diferentes desenhos da investigação, é um método específico que fornece uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Botelho et al., 2011; Sousa & Carvalho, 2017b). A utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados reforça a importância desta metodologia na prática clínica e na formação em enfermagem.

5. Referências

- Al-Maqbali, M. A. (2014). Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip fractures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 18(2), 68–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.07.002>
- Baixinho, C. L. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fêmur TT - Outcome after femoral neck fracture TT - Funcionalidad después de la fractura del cuello del fêmur. *Rev. Baiana Enferm*, 25(3), 311–319. <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908>
- Bellatti, E., Luca, G. R., & Lusignani, M. (2014). Il percorso di riabilitazione dell'utente anziano con frattura del femore e il ruolo dell'infermiere: una revisione della letteratura. *L'Infermiere* n.2. <https://www.infermiereonline.org/2014/05/30/il-percorso-di-riabilitazione-dellutente-anziano-con-frattura-del-femore-e-il-ruolo-dellinfermiere-una-revisione-della-letteratura/>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-36.
- Cadore, E. L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A., & Izquierdo, M. (2013). Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation research*, 16(2), 105-114.
- Carneiro, M. B., Alves, D. P. L., & Mercadante, M. T. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos: Revisão da literatura. *Acta Ortopédica Brasileira*, 21(3), 175–178. <https://doi.org/10.1590/s1413-78522013000300010>
- Çelik, B., & Bilik, Ö. (2020). The Discharge Needs of Family Caregivers of the Patients Following Hip Fracture Surgery. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(2), 173–181. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-70706>
- Costa, JA. Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., et al. (2009). *Artibd dribinal*. 3–4.
- Crotty M, Unroe K, Cameron ID, Miller M, Ramirez G, C. L. (2011). Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 71–74. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00268.x>
- Direção Geral de Saúde. (2013). Circular Normativa 014/2013 - Artroplastia Total da Anca. *Direção Geral de Saúde*, 1–10.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento Ativo e Sua Relação Com a Independência Funcional. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 12(3), 549-56.
- Gomes, L. (2016). *Fraturas Trocantéricas*. November.
- Ko, Y. J., Lee, J. H., Oh, E. G., Choi, M. N., Kim, C. O., Sung, K. W., & Baek, S. H. (2019). Older Adults with Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program. *Rehabilitation Nursing*, 44(4), 203–212. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000120>
- Lachman, M. E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S., & Peterson, E. W. (1998). Fear of falling and activity restriction: The Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (SAFE). *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), 43–50. <https://doi.org/10.1093/geronb/53B.1.P43>
- Laires, P. A., Perelman, J., Consciência, J. G., Monteiro, J., & Branco, J. C. (2015). Atualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fêmur. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 2015(3), 223–230.

Lee, S. Y., Yoon, B. H., Beom, J., Ha, Y. C., & Lim, J. Y. (2017). Effect of Lower-Limb Progressive Resistance Exercise After Hip Fracture Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(12), 1096.e19-1096.e26. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.021>

Meehan, A. J., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C., MacDonald, V., Marques, A., Peng, L. L., Queirós, C., Roigk, P., Sheehan, K. J., Skúladóttir, S. S., & Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 32, 3–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.11.001>

Melo, C. A. de. (2012). Artigo Original. *Artigo Original*. 34(12), 128–139.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64.

Nené, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem. Teoria e Prática 1ª edição* Lidel - Edições técnicas, Limitada Lisboa.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER). (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–19). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQ CER.pdf

Ordem dos Enfermeiros, a. (2019). Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª Série - n.º 85 - 3 de Maio de 2019, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>

Pompeo, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paulista enfermagem*, 22(4), 434-8.

Rocha, M. A., AZER, H. W., & NASCIMENTO, V. D. G. (2009). Evolução Funcional Nas Fraturas Da Extremidade Proximal Do Fêmur Functional Evolution of Proximal Femoral End Fractures. 17(1), 17–21.

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiological trends of proximal femoral fractures in the elderly population in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 31(10), 562–567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Silveira, A., Gonçalves, A., Catalão, C., Spínola, C., Pimentel, F., Soares, L., Tapadinhas, M., & Tomás, T. (2003). Fracturas da extremidade proximal do fêmur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. In *Direcção Geral de Saúde*.

Sousa, L., & Carvalho, M. (2017a). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento em Ortopedia. Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Ao Longo Da Vida*, January, 405–420.

Sousa, Luís, & Carvalho, M. (2017b). Pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur. 421–431. https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/311206198_Pessoa_com_fratura_da_extremidade_superior_do_femur/links/586af72f08aebf17d3a4cf3/Pessoa-com-fratura-da-extremidade-superior-do-femur.pdf

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1).

Turesson, E., Ivarsson, K., Thorngren, K. G., & Hommel, A. (2018). Hip fractures – Treatment and functional outcome. The development over 25 years. *Injury*, 49(12), 2209–2215. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.10.010>

Vivas Pina, B. M., & Lavareda Baixinho, C. (2020). Vantagens Da Consulta Pré-Operatória Na Reabilitação Da Pessoa Submetida a Artroplastia Da Anca: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, 52(5), 546-53.

World Health Organization. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. In *Community Health* (p. 53). http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Telma Antunes

Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0003-1196-3948>

✉ antunestelma@campus.esel.com

Maria do Céu Sá

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0002-0067-3462>

✉ ceu.sa@esel.com

Ana Nabais

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

 <https://orcid.org/0000-0001-5165-4213>

✉ ana.nabais@esel.com