Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRIGIDAS À PROMOÇÃO DA AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO APÓS FRATURA DA ANCA:

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada pela Prof.ª Doutora Fátima Araújo e co-orientada pela Mestre Mª do Carmo Rocha

Catarina Fernandes Pais

Porto, 2013

“Os métodos são as verdadeiras riquezas.”

Nietzsche

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Fátima Araújo, pela disponibilidade, empenho e rigor no desenvolvimento desta dissertação, que indubitavelmente contribuíram para a concretização desta etapa.

À Mestre Mª do Carmo Rocha pelo acompanhamento e co-orientação deste projecto.

Às Professoras: Doutora Bárbara Gomes e Doutora Manuela Martins pelo despertar e pelos primeiros passos no mundo da Enfermagem de Reabilitação.

Ao Dr. Francisco Vieira do gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP, pelo contributo e apoio na pesquisa e recolha de dados.

À Sofia, à Cláudia e ao Sérgio, pelo percurso paralelamente partilhado, pela motivação e amizade fundamentais para a superar das dificuldades.

À Ju pela perícia, disponibilidade e amizade.

Ao Tiago e Família pelo apoio incondicional e compreensão nas horas vazias.

Aos amigos que estiveram sempre presentes.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste projecto pessoal…

OBRIGADA!

SIGLAS

AVD – Atividades de vida diárias

CRD- Centre for Reviews and Dissemination

DGS – Direção-Geral da Saúde

FA- Fratura da Anca

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência

PC - Prestador de Cuidados

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RCAAP – Repositório Cientifico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 15

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO 19

1.1 Fratura da Anca: Evento Gerador de Dependência na População Idosa 19

1.2 Fratura da Anca: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem 30

1.2.1 Fratura da Anca: da Dependência no Autocuidado à Promoção da Autonomia/Independência 31

1.2.2 Papel do Enfermeiro na Promoção da Autonomia/Independência no Autocuidado 36

1.2.2.1 Papel do Enfermeiro na Transição para o Papel de Prestador de Cuidados ... 42

1.3 Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para a Qualidade de Cuidados 49

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 55

2.1 Tipo de Estudo 55

2.2 Questão de Pesquisa e Estratégia de Recolha de Dados 56

2.3 Critérios de Inclusão/Exclusão 59

2.4 Procedimento de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos 61

3 RESULTADOS 63

3.1 Intervenções de Enfermagem / Programas de Intervenção 67

3.2 Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção 78

4 DISCUSSÃO 89

CONCLUSÂO 103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 109

ANEXOS 119

Anexo I: Síntese dos Estudos Primários Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura 121

Anexo II: Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Primários Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura 137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Construção da pergunta de pesquisa pelo acrónimo PICOD.....57
Quadro 2- Descritores/ Palavras-chave para a pesquisa.....57
Quadro 3- Combinação de descritores e operadores booleanos.....58
Quadro 4 - Critérios de inclusão/exclusão.....60
Quadro 5- Níveis de evidência, adaptado do JBI (2011).....61
Quadro 6- Contexto geográfico e fontes de publicação dos estudos primários.....64
Quadro 7- Natureza e níveis de evidência dos estudos primários.....65
Quadro 8- Avaliação da qualidade metodológica: comparação entre os estudos primários.66
Quadro 9- Estudos primários: amostra, objetivos, intervenção e resultados major.....68
Quadro 10- Características dos participantes dos estudos primários.....70
Quadro 11- Contexto de intervenção dos estudos primários.....72
Quadro 12 -Intervenções dirigidas à promoção da autonomia e independência após FA nos estudos primários.....75
Quadro 13 -*Outcomes* e instrumentos utilizados na avaliação da eficácia dos programas de intervenção dos estudos primários.....79
Quadro 14 -Eficácia/ Resultados das intervenções/ Programas de intervenção dos estudos primários.....82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Incidência de FA em 1990 e a previsão para 2025 e 2050, em diferentes localizações do mundo (OMS, 2003) 20
Figura 2- Instrumento de avaliação da qualidade metodológica adaptado do JBI (2011) 62
Figura 3- Fluxograma do processo de seleção dos artigos a incluir na RSL 63
Figura 4 -Profissionais envolvidos nos programas de intervenção no âmbito da promoção da autonomia e independência após FA. 73

RESUMO

Título: Intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia/independência no autocuidado após fratura da anca: uma revisão sistemática da literatura.

A fratura da anca (FA) apresenta-se como evento gerador de dependência com maior incidência na população idosa, relacionando-se com o envelhecimento mundial, sendo associada a fatores de risco major como quedas de baixo impacte e osteoporose, mais frequente em mulheres do que em homens. A FA apresenta repercussões e custos económicos e sociais elevados, muito para além dos perspetivados durante o internamento hospitalar, decorrentes da dependência no autocuidado, uma vez que apenas uma baixa percentagem de idosos recupera o nível de independência prévio.

Com este estudo pretendeu-se identificar intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia/independência no autocuidado após FA, bem como explorar a avaliação da eficácia das mesmas e relacioná-las com o impacte na qualidade de vida dos idosos. Para tal, optou-se pela concretização de uma revisão sistemática da literatura, em que a pesquisa dos estudos primários ocorreu entre Março e Abril de 2013, via EBSCO HOST, SCOPUS e repositório científico de acesso aberto de Portugal.

Identificaram-se sete estudos primários que visam intervenções dirigidas à promoção da autonomia e da independência no autocuidado após FA, sendo dois realizados por enfermeiros, um por fisioterapeutas e quatro em contexto de intervenção interdisciplinar. Seis dos estudos revelam elevada qualidade metodológica e um apresenta média qualidade metodológica. No que concerne ao tipo e contexto de intervenção, aos objetivos e às opções metodológicas verificou-se grande heterogeneidade.

Na análise dos estudos primários identificaram-se intervenções que reportam para o domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, conforme o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, reconhecendo-se a eficácia das mesmas a nível da promoção da autonomia e independência no autocuidado, bem como a nível da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Fratura da Anca; Enfermagem; Reabilitação; Independência; Autocuidado; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Title: Nursing Interventions directed to promoting autonomy/independence in self-care after hip fracture: a systematic review of literature.

The hip fracture (HF) presents itself as an event generator of dependency that has a higher incidence in the elderly population, relating itself with worldwide ageing and being associated to high risk factors as low impact falls and osteoporosis, more frequent in women than in men.

The HF has repercussions and high economic and social costs that go beyond the ones foreseen during hospitalization, resulting from the dependency in self-care, once only a low percentage of elders go back to the previous independence level.

The purpose of this study was to identify nursing interventions directed at promoting the autonomy/independence in self-care after HF, as well as explore the assessment of their effectiveness and relate them to the impact on elders' quality of life. For this, we chose to do a systematic review of the literature and the research of the primary studies that took place between March and April of 2013, via EBSCO HOST, SCOPUS and open access scientific repository of Portugal.

We identified seven primary studies that address interventions directed to the promotion of autonomy and independence in self-care after HF. Two of them were conducted by nurses, one by physiotherapists and four in the context of interdisciplinary intervention. Six studies show high methodological quality and one medium methodological quality. In what concerns the type and context of the intervention, the objectives and methodological options we have seen show high heterogeneity.

While analyzing the primary studies, we noticed that they reported to the domain of the nurse competences in general and to the specialist nurse in rehabilitation nursing, as recommended by the College of Nursing, and therefore we recognize the their effectiveness in the promotion of autonomy and independence in self-care as well as the quality of life level.

Key words: Hip Fracture; Nursing; Rehabilitation; Independence; Self-care; Quality of life

INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ministrado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2012/2013. Esta dissertação perspetiva-se quer como etapa de desenvolvimento de competências pessoais, pelo aprofundar de conhecimento no ambinto da investigação, quer como um instrumento com contribuição para o incremento do corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem, com o intuito de favorecer uma prática baseada em evidência científica.

A evolução da enfermagem enquanto profissão e ciência direcciona para uma prática, cada vez mais, fundamentada na evidência, de forma a atingir e garantir a qualidade dos cuidados prestados, bem como, a maximizar os resultados obtidos através da intervenção do enfermeiro. Segundo o Centre for Reviews and Dissemination (CRD), 2008, assiste-se a um exponente aumento do número de produções científicas, também no domínio da enfermagem, o que ao invés de facilitar a procura, pode torná-la uma tarefa esmagadora, pelo que advém a necessidade de organizar os estudos existentes, de forma a dar visibilidade às temáticas abordadas, bem como, identificar lacunas no conhecimento (Bettany-Saltikov, 2012).

Tal como expõe o Internacional Council of Nurses (ICN), 2012 p. 5, o enfermeiro necessita, não só de procurar evidência para a sua prática, mas também de identificar a melhor evidência disponível, valorizando *"as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde"* bem como *"a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização"* no contexto da prática clínica.

Na actualidade, assiste-se também, a um aumento significativo no recurso à revisão sistemática da literatura (RSL) como fonte de evidência, essencial ao processo de tomada de decisão em saúde (Evans & Pearson, 2001; Lipes & Fracolli, 2008). Segundo estes autores, este facto deve-se, para além do elevado volume de produção científica em geral, à constatação de discrepâncias na qualidade dos estudos publicados, pelo que a RSL assume um importante papel na organização dos estudos primários, essencial no processo de tomada de decisão e consequentemente na melhoria da qualidade dos cuidados. Esta ideia é partilhada por Ramalho (2005, p.11), ao afirmar que as RSL *"representam uma mais-*

-valia para a investigação em enfermagem visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem baseada em evidência".

A necessidade de evidência científica tem por base a demanda implícita na qualidade dos cuidados, muito associada ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento da população mundial, às expectativas no acesso a cuidados de qualidade, ao avanço da ciência e tecnologia, bem como a constrangimentos económicos que concorrem para a implementação de intervenções eficazes (Evans & Pearson, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003, o envelhecimento populacional aliado à evolução no domínio das ciências da área de saúde concorrem para o contexto actual, de elevada prevalência e incidência a nível da dependência no autocuidado. Esta realidade reflete-se também no contexto da fratura da anca (FA) uma vez que esta representa um evento gerador de dependência no autocuidado, com grande repercussão nos idosos, assumindo responsabilidade pela diminuição na perceção da qualidade de vida (QV) (Holt, Smith, Duncan, Hutchison, & Gregori, 2008; Papaioannou *et al*., 2009). Neste sentido, identifica-se um número significativo de idosos que, após FA, não recuperam o seu nível funcional prévio, permanecendo com algum grau de dependência na concretização das Atividades de Vida Diária (AVD) (Costa, *et al.* 2009a; Santos, 2010; OMS, 2003).

Atendendo ao domínio de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, percebe-se que estes se apresentam como elementos da equipe interdisciplinar cujas intervenções são sensíveis à promoção da autonomia e independência no autocuidado (OE, 2010,2012). A prática da enfermagem tem por princípio a "*promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue"*, sendo que a intervenção do enfermeiro visa *"promover a saúde"*, *"prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença"*, que ocorrem no percurso de vida dos indivíduos/família (OE, 2012, p.5). O domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tem por base um *"corpo de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência"* (OE, 2010, p.1).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação surge a oportunidade de desenvolver uma RSL, baseada no domínio de conhecimento da Enfermagem e da Enfermagem de Reabilitação, com o intuito de identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia/independência no autocuidado após FA, bem como

perspetivar a avaliação da eficácia destas mesmas intervenções e relacioná-las com o impacte na QV dos idosos.

A finalidade do presente estudo compreende a máxima da prática baseada em evidência (PBE), pelo que se pretende revelar a produção científica que suporta as intervenções do enfermeiro e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, como profissional de saúde integrado numa equipa interdisciplinar, na promoção da autonomia/independência no autocuidado.

Desta forma, identificam-se os seguintes objetivos a atingir com esta dissertação:

- Averiguar a produção científica no âmbito da promoção da autonomia/independência no autocuidado em pessoas idosas após FA;
- Identificar o tipo de estudos que têm sido desenvolvidos com idosos, após uma FA, com a finalidade de promover a autonomia/ independência no autocuidado;
- Conhecer as componentes que integram os programas orientados para a promoção da autonomia/independência no autocuidado em pessoas idosas após FA;
- Relacionar as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da autonomia/independência no autocuidado, após FA, com a perceção de QV;
- Caracterizar os programas de intervenção que visam a promoção da autonomia/independência no autocuidado em pessoas idosas, após FA (tipo de intervenções, regularidade, intensidade, profissionais envolvidos, contexto);
- Explorar como é avaliada a eficácia dos programas de intervenção que visam a promoção da autonomia/independência no autocuidado em pessoas idosas, após FA.

A presente dissertação foi delineada em quatro capítulos estruturais, sendo que os dois primeiros integram, respetivamente, o enquadramento teórico e o enquadramento metodológico da mesma. O terceiro capítulo remete para a apresentação dos resultados obidos com a RSL, sendo que o quarto visa a discussão desses mesmos resultados.

A elaboração do presente documento guiou-se pelas orientações para apresentação de teses de mestrado, emanadas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e as referências bibliográficas seguiram as normas da American Psychological Association, elaboradas com recurso ao programa informático EndNote.

Espera-se que o presente documento seja contemplado como um instrumento de trabalho e reflexão para os enfermeiros que, na sua prática clínica, nos diferentes contextos de cuidados, têm o desafio de, diariamente, promover a autonomia e independência no autocuidado, em pessoas idosas vítimas de uma FA.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A literatura tem, de forma consistente, identificado a fratura da anca (FA) como um importante evento gerador de dependência na população idosa, associado a graves repercussões a nível da capacidade funcional, condicionando situações de dependência no autocuidado com impacte na qualidade de vida (QV) (Costa *et al*., 2009a; Jongjit, Komsopapong, Songjakkaew & Kongsakon, 2003; OMS, 2003; Santos, 2010).

Tendo por base esta evidência e o cenário de envelhecimento populacional que caracteriza as sociedades atuais, com consequente aumento da prevalência deste problema de saúde, importa averiguar quais as intervenções de enfermagem mais favoráveis à promoção da autonomia e independência no autocuidado, após a ocorrência de uma FA.

Desta forma, este capítulo visa a definição de conceitos-chave inerentes à problemática transversal desta dissertação, pelo que se aborda a FA como evento gerador de dependência com repercussões na QV dos idosos, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como se destaca o papel do enfermeiro e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na promoção da autonomia e independência no autocuidado e no processo de transição para o papel de prestador de cuidados (PC).

1.1 Fratura da Anca: Evento Gerador de Dependência na População Idosa

O Observatónio Nacional de Doenças Reumatológicas (ONDOR), 2006, associa à FA um peso significativo no que concerne a internamentos por patologia musculo-esquelética, sendo que esta fratura reconhecida, direta e indiretamente, como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade (OMS, 2003, 2007), assumindo-se como uma importante questão de saúde pública que não deve ser ignorada (Alarcón & González-Montalvo, 2004; Branco, Felicíssimo, & Monteiro, 2009).

Embora, ao longo da presente dissertação se recorra à terminologia de FA, frequentemente utilizada, quer na prática diária dos profissionais de saúde, quer a nível da produção científica, esta compreende a definição de fratura da extremidade proximal do

fémur. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), 2003, p.7, as fraturas da extremidade próximal do fémur definem-se como *"fraturas respeitantes ao segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado 5 cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter"*. A mesma fonte considera três tipos de fraturas: trocantéricas (acima da linha intertrocantérica e abaixo do limite distal do pequeno trocânter), do colo do fémur (localizadas entre a cabeça e a área trocantérica, dividindo-se em subcapitais, transcervicais e basicervicais) e subtrocantéricas (restritas ao segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível de 5 cm abaixo dele).

O maior número de FA ocorre em indivíduos com idade superior a 65 anos e o pico médio de incidência remete para os 80 anos (DGS, 2003). Uma vez que a idade é um fator de risco inerente à FA, a sua incidência deve ser também analisada atendendo ao aumento da esperança média de vida. Reportando a dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013a, os ganhos na esperança média de vida da população portuguesa, aos 65 anos, descrevem uma tendência positiva, em que à nascença se estima 81,9 anos para os homens e 85,2 anos para as mulheres. Estes dados repercutem-se também na tendência positiva relativa ao índice de longevidade, que de acordo com a mesma fonte, se situa nos 47.9%.

Portugal assume-se como um país envelhecido, o sexto mais envelhecido da Europa com um índice de envelhecimento de 129,6% (INE, 2013b), sendo que o índice de envelhecimento na Europa dos 27 se situa nos 113,2% (Eurostat, 2013).

Desta forma, compreende-se que os eventos de FA acompanhem a tendência descrita, aumentando assim a sua incidência. Sustentado em dados epidemiológicos de 1990, Melton (1993), cit. pela DGS (2003), calculou para esse ano cerca de 1,7 milhões de FA a nível mundial, sendo que em 2050 prevê que se atinja cerca de 6,26 milhões de casos de FA. Estes dados são assumidos também pela OMS (2003), que expõe, graficamente, tal como consta na figura 1, o aumento da incidência de FA a nível mundial.

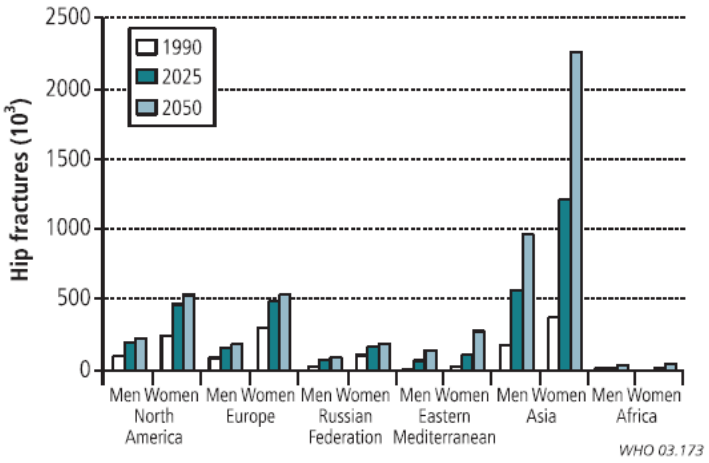

Figura 1 - Incidência de FA em 1990 e a previsão para 2025 e 2050, em diferentes localizações do mundo (OMS, 2003)

Comparativamente, Johnell e Kanis (2006) citados por Branco *et al.* (2009) estimaram, para o ano 2000, uma incidência mundial de FA de 1,6 milhões em indivíduos osteoporóticos com mais de 50 anos, sendo que em 2025 prevêm um aumento da incidência para 2,6 milhões de casos e de 4,5 milhões em 2050. Pode constatar-se que, em 2000, ocorreu um caso de FA de 20 em 20 segundos, porém, em 2050, com o previsto aumento da incidência, acontecerá uma FA a cada cinco segundos (Mendes, 2000, citado por Salvador,Ferreira, Gomes, Moniz & Judas, 2002).

Contemplando a realidade da FA em território nacional, entre 1993 e 1997 foram internados anualmente em hospitais públicos cerca de 7000 indivíduos após FA com idade superior a 50 anos, reconhecendo-se que apenas 15% desses recupera a capacidade funcional prévia e 40% permanece com incapacidade grave (DGS, 2008b). Assim, a FA apresenta-se como significativamente prejudicial à condição de saúde, associada a 20% de mortalidade e 50% de perda permanente de capacidade funcional, sendo que da perda de independência resulta a necessidade de cuidados a longo prazo (OMS, 2003).

Bergstrom *et al.* (2009) afirmam também que o número de FA duplicou, quando comparado com dados de 30 a 40 anos atrás, relativos a vários países da Europa e da América do Norte. Estes autores realizaram um estudo cujo objetivo pretendia relacionar a incidência de FA com a idade, incluindo um total de 2919 casos de FA em indivíduos com mais de 50 anos. Os resultados do estudo evidenciaram uma significativa associação da FA com a idade e o estado geral, sendo que a incidência deste problema de saúde aumenta com a idade, revelando um aumento significativo em indivíduos com mais de 80 anos e assumindo ainda uma expressão mais drástica na faixa etária acima dos 90 anos. Percebe-se, assim, que a curva de distribuição da incidência de FA assume uma tendência de crescimento para a direita, pelo aumento da população octa e nonagenária.

Para além da questão etária, em contexto comunitário, salienta-se maior incidência de FA em mulheres do que em homens, numa relação de 3:1 (DGS, 2003), contudo a mortalidade associada à FA é maior nos homens (OMS, 2007). Estes dados foram também corroborados por Alves, Pina e Barbosa (2007) revelando que as FA são mais frequentes em mulheres do que em homens, assistindo-se a um aumento exponencial com a idade, associado também à problemática da osteoporose. Sublinha-se a importância de uma abordagem integrada da osteoporose, enquanto problema de saúde pública (DGS, 2008b), visto que, para além de ser uma consequência da idade, surge condicionada pelo processo individual de envelhecimento, traduzido por questões genéticas, ambientais e socioeconómicas (Pina, Alves,Barbosa & Barros, 2008).

A osteoporose é considerada como uma doença de elevada prevalência nos países ocidentais, entre os quais se destaca Portugal, estimando-se existirem mais de meio milhão

de pessoas, sobretudo mulheres, com esta patologia (DGS, 2008a). O mesmo documento sublinha que um em cada oito homens e uma em cada três mulheres com idade superior a 50 anos são afectados pela doença. Direcionando esta questão para a FA, a mesma fonte refere que *"as fraturas do fémur proximal são as que, a curto prazo, condicionam maior morbilidade, mortalidade e elevados encargos sociais e económicos"*, sendo que *"em 2006 ocorreram 9523 fraturas do colo do fémur, para além de consumirem cerca de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares, são uma importante causa de morbilidade com incapacidade grave e de mortalidade"* (p.1).

As quedas, bem como as suas consequentes lesões, apresentam-se, também como um problema de saúde pública, responsável por um elevado número de episódios de urgência (entre 10 a 15%), sendo que mais de 50% destes eventos em idosos originam um episódio de hospitalização, em que a FA se anuncia como uma das principais consequências nestes indivíduos (OMS, 2007). Segundo Pereira, Buksman, Vilela, Lino e Vieira (2008) a incidência de quedas aumenta de forma gradual em idades superiores a 65 anos, sendo mais frequentes em mulheres do que em homens. Por outro lado, quando se perspetiva esta realidade em ambiente hospitalar verifica-se que os homens caiem mais do que as mulheres (Costa-Dias *et al.,* 2013).

No estudo de Costa *et al.* (2009b), os indivíduos reconhecem, como motivo da FA, quedas acidentais, sendo que as mesmas ocorreram na sua maioria (58,1% nos homens e 60,4% nas mulheres) na residência habitual e, em 62,5% dos casos, foram quedas do mesmo nível de altura. Quanto a outros fatores de risco para quedas, o mesmo autor revela que uma percentagem elevada dos indivíduos referiu alterações visuais e/ou auditivas, assim como quedas e tonturas ou vertigens no ano anterior, sendo estas, também, mais frequentes em mulheres.

Neste contexto, as FA apresentam na sua etiologia um traumatismo de baixa energia, nomeadamente uma queda da própria altura, sobre o osso osteoporótico. Posto isto, salienta-se a necessidade de mudança a nível da intervenção dos serviços de saúde, apostando na prevenção através do tratamento da osteoporose e da prevenção de quedas, bem como avanços no que concerne a técnicas cirúrgicas e no domínio da anestesiologia, e sobretudo num programa ativo de reabilitação pós-operatória (Alves *et al.,* 2007; Bergstrom *et al.* 2009).

Numa análise epidemiológica da FA em Portugal, salientam-se dados relativos ao período compreendido entre o ano 2000 e 2002, em que se estima a ocorrência de cerca de 25 634 de admissões hospitalares por FA em indivíduos com mais de 50 anos, causadas por quedas de moderado impacte (Pina *et al.*, 2008). Destes dados destaca-se que cerca de 77% dos casos se reporta a mulheres e 23% a homens, estimando-se que ocorram anualmente

351,87 de casos em FA em mulheres e 129,39 em homens, por 100,000 habitantes, sendo que 81% e 79%, respetivamente, ocorreram em áreas urbanas. O mesmo estudo comparou a incidência associada a áreas urbanas e rurais, sendo que não se reconhecem diferenças significativas relacionadas com o género, contudo assume-se que nas regiões urbanas se assiste a cerca de 20% mais casos de FA do que nas áreas rurais. Contudo, algumas áreas urbanas, como o distrito do Porto (o segundo mais populoso de Portugal) apresenta dos mais baixos níveis de incidência, enquanto o distrito de Bragança, maioritariamente rural, demonstra níveis de incidência elevados (Pina *et al.*, 2008).

A FA é encarada como uma importante causa de mortalidade e morbilidade, condicionando a perda de indpendência e um forte impacte de cariz social (Costa *et al.* 2009a). O mesmo autor revela que as taxas de mortalidade, aos 6 meses após FA, em homens se situa nos 31%, face a 14,1% em mulheres, sendo que aos 12 meses, a taxa de mortalidade global se fixa nos 28,8%, representando 48,3% total de casos de FA em homens e 22,2% respeitante aos casos em mulheres. No que concerne à morbilidade, a mesma fonte afirma que a FA surge associada à limitação funcional, relacionada com a falta de capacidade para se manter independente, revelando impacte familiar, institucional e/ou social, em que após a alta hospitalar 51,7% dos homens e 68,9% das mulheres se encontravam acamados, bem como uma significativa proporção destes não apresentava capacidade para andar (44% dos homens e 32,8% das mulheres). No mesmo estudo identificou-se que 43,5% dos homens e 32,1% das mulheres tiveram algum episódio de hospitalização no ano seguinte à FA.

Ao fim do primeiro ano após FA, Costa *et al.* (2009a), sublinha que, mais de 75% dos indivíduos permanecem dependentes, o que condiciona a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), identificando que 74,5% das mulheres referiu apresentar-se de fraca saúde, 42,4% considerou que o seu nível de saúde é pior comparativamente ao ano anterior e 11,9% relatou melhor ou igual condição de saúde. O mesmo estudo avaliou o desempenho nas AVD, através do índice de Katz e os resultados obtidos descreveram fortes índices de dependência, em que apenas 15% dos participantes se revelou independente. No que diz respeito à incapacidade de concretizar as AVD, esta foi identificada por 60% dos homens nas diferentes tarefas, com excepção de conseguir lavar a cara e as mãos, bem como comer e beber, e relativamente às mulheres mais de 60% considera-se incapaz de realizar tarefas como tomar banho, subir e subir/descer escadas, sendo que a capacidade funcional global das mulheres parece mais preservada, comparativamente aos homens.

Branco *et al.* (2009) considera que a FA apresenta um elevado impacte a nível dos serviços de ortopedia, contemplando não só a ocupação de camas, mas também o

consumo de tempo e dinheiro em atos médicos. Esta situação reporta-se, praticamente, a todos os países da Europa e representa um enorme dispêndio de recursos.

Piscitelli *et al.* (2012) realizaram um estudo em Itália que visou a comparação dos custos associados à FA, ao enfarte vascular cerebral e ao enfarte agudo do miocárdio, compreendendo quer o episódio de hospitalização, quer o processo de recuperação. O autor concluiu que, devido à elevada incidência de FA, os seus custos são equiparados aos dos episódios de acidente vascular cerebral, e superiores aos custos dos episódios de enfarte agudo do miocárdio. Esta realidade é transponível para o contexto português, pois num estudo desenvolvido num Hospital Central de Lisboa, reportando-se a um total de 52.568 internamentos por diversos diagnósticos de doenças não transmissíveis, entre FA, enfarte agudo do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença hepática crónica, foi estimado um custo médio de FA de 6.037,8 Euros, demonstrando, assim, ser duas vezes superior às restantes patologias avaliadas, com a agravante dos indivíduos com FA permanecerem internados cerca do dobro do tempo, comparativamente com as restantes (Branco *et al.* 2009). O mesmo autor refere que estes custos não refletem os gastos reais relativos ao período de hospitalização, sendo que não contemplam custos diretos respeitantes à recuperação funcional e ao apoio social, nem outros indiretos imputados ao sistema nacional de saúde (o número de camas ocupadas e o impacte negativo na resposta de tratamento de outras indicações e re-internamentos) e de âmbito social (institucionalizações, apoio domiciliário, cuidados continuados e cuidadores familiares em idade activa).

Atendendo ao estudo de Santos (2010) sobre custos associados às fraturas de etiologia osteoporótica em mulheres e o seu impacte na institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade, destaca-se que em 2009, ocorreram 428 episódios de internamento na RNCCI com o diagnóstico principal de FA, sendo que a idade média das mulheres foi 81,4 anos e mais de 90% tinha idade superior a 70 anos. O mesmo documento destaca a dependência nas AVD's e a necessidade de continuidade de cuidados no domicílio como os motivos identificados para admissão na RNCCI. No que concerne à dependência nas AVD's após FA, o mesmo estudo revela que a necessidade de apoio nos cuidados de higiene e alimentação aumentou quase 50% face à capacidade funcional prévia, sendo que apenas 12% dos indivíduos andava de forma independente, 88% necessitava de ajuda para ir ao sanitário e 93% era total ou parcialmente incapaz de vestir-se sozinho. Estes dados são corroborados por Branco *et al.* (2009), estimando que um ano após FA, cerca de 10 a 20% dos indivíduos falece, 50% demonstra algum tipo de incapacidade funcional e apenas 30% apresenta uma recuperação funcional para níveis de independência comparáveis aos que apresentavm antes da FA.

Leibson (2002), citado pelo mesmo autor, afirma que 33% dos indivíduos tornam-se totalmente dependentes após a FA.

Estes factos reforçam o motivo principal de solicitação para admissão na RNCCI: a dependência nas AVD (RNCCI, 2009; Santos, 2009). Ainda no universo da RNCCI, a referenciação de indivíduos do foro músculo-esquelético surge em segundo lugar, com cerca de 20% do total de referenciações, das quais se destacam 9% de casos de FA (RNCCI, 2009).

A FA é, assim, perspetivada pelo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2009, como um evento comum e grave, gerador de dependência, ocorrendo frequentemente em idosos, que muitas vezes revelam já situações prévias de fragilidade e algum grau de dependência. O mesmo documento salienta que as FA se associam, frequentemente a quedas, que na maioria das vezes ocorrem no domicílio aquando a realização das AVD, iniciando um processo complexo na prestação de cuidados com objetivo de restabelecer a autonomia e independência, e quando tal não é possível, maximizar o potencial funcional destes indivíduos.

Assim, no tratamento da FA, o principal objetivo pressupõem a prevenção da progressão da dependência e o restabelecimento do nível funcional prévio do indivíduo (DGS, 2003; Roder *et al*. 2003). Contudo, reconhece-se que menos de metade dos indivíduos, após FA, recupera a sua funcionalidade prévia, o que condiciona algum nível de dependência, associado à diminuição da QV (Phillips, 2011), sendo que a OMS (2003), associa ainda a dor crónica à FA.

Resnick *et al.* (2011) desenvolveu um estudo com a finalidade de caracterizar e identificar os factores que influenciam a atividade física em idosos, após dois meses da FA. Os autores concluiram que os idosos, após dois meses da FA, apresentam baixos níveis de actividade física, nomeadamente atividade física de intensidade moderada, não correspondendo às diretrizes de *guidelines* no que concerne ao tempo de duração da atividade física de intensidade moderada ou intensa, à energia gasta durante estas atividades e ainda no que respeita à quantidade de passos dados por dia, revelando níveis de dependência na concretização de AVD. A mesma fonte assume a idade e comorbilidades associadas, como fatores condicionantes do nível de atividade física, considerando que indivíduos mais velhos, com maior número de comorbilidades, apresentam, após FA, um declínio significativo na atividade física.

Tendo em conta a QV, Pasco *et al.* (2005), num estudo que visou avaliar o impacte e custos indiretos da FA em mulheres, após 12 meses da fratura, relata que, em 14 % dos casos, as mulheres sentiram necessidade de modificar as suas casas, nomeadamente a nível da disposição do mobiliário e 32% necessitou de produtos de apoio para desempenhar as

AVD. Os resultados desta investigação evidenciaram também que ¾ das participantes não se desloca para o exterior da habitação por diminuição da mobilidade, associada à necessidade de produtos de apoio e/ou apoio de terceira pessoa na marcha. Após 6 meses da FA 19,6% das mulheres ainda necessitava de apoio na higiene pessoal e passado um ano, cerca de metade não conseguia cumprir as atividades domésticas, ser autónoma na marcha e desenvolver atividades no exterior. Analisando os dados descritos, compreende-se que após FA, a condição de dependência para o autocuidado se assume como uma realidade muito para além da fase aguda de doença, apresentando repercussões graves e a longo prazo.

Neste sentido, o impacte deste tipo de fratura apresenta repercussões muito para além da lesão musculoesquelética, com consequências a longo prazo na QV dos indivíduos e também nos seus cuidadores (Holt *et al.,* 2008), pelo que além da importância da reabilitação funcional destacam-se também aspetos sociais e económicos.

Robinson (1999), numa análise da literatura cuja finalidade visa avaliar a capacidade funcional para desenvolver AVD após FA, destaca entre as AVD mais comprometidas, o vestir/despir, a marcha, a transferência, cozinhar, fazer compras e tarefas domésticas. Os resultados da pesquisa apontam para que 75% das mulheres idosas não atingiu o nível funcional anterior à fratura, após seis e doze meses do episódio gerador de dependência, apresentando algum grau de dependência de 3ª pessoa ou de produtos de apoio para a concretização das referidas AVD. Roder *et al.* (2003) corrobora estes dados, uma vez que, comparando a capacidade funcional na realização de AVD, antes e após a FA, identificou um significativo agravamento da mesma,observando-se, após seis e doze meses de reabilitação, uma evolução positiva e favorável, porém os idosos não atingiram o nível de independência prévios.

Numa revisão da literatura relativa à capacidade funcional prévia à FA, Alarcón e González-Montalvo (2004) constataram que entre 70% a 90% dos idosos andava de forma independente e que 60% a 75% era independente em todas as AVD, sendo que esta percentagem varia entre 80% a 90% no que se refere a idosos que viviam sozinhos. O mesmo estudo revela que, após FA, a recuperação da capacidade para andar remete para 20% a 36% aos entre os três ou quatro meses após a fratura, 33% e 75% aos seis meses e 40% a 80% no final do primeiro ano, admitindo, com frequência, o recurso a produtos de apoio. No que respeita à recuperação da capacidade funcional para o desempenho das AVD após FA, o mesmo estudo demonstra menores taxas de sucesso, em que as atividades básicas mais afectadas são os autocuidados: tomar banho/higiene pessoal, vestir-se/despir-se e transferir-se, respectivamente com 40%, 25% e 54% de idosos dependentes. O estudo

em causa reconhece que a recuperação funcional, a nível dos domínios do autocuidado citados, apresenta uma evolução significativa nos dezoito meses seguintes à FA.

O estudo de Magaziner (2000), citado por Alarcón e González-Montalvo (2004), aponta para o facto de a recuperação funcional apresentar um caracter sequencial, em que as AVD relacionadas com o desempenho funcional dos membros superiores revelam uma recuperação mais célere, situada geralmente no quarto mês após FA, seguidos do equilíbrio e marcha, aos nove meses, e, por último, identifica a recuperação funcional a nível das AVD relacionadas com os membros inferiores, aos onze meses.

Após FA, os idosos demonstram um estado físico mais debilitado e consequentemente uma pior sensação de bem-estar quando comparados com idosos que não sofreram fratura (Jongjit *et al.,* 2003). A mesma fonte reconhece maior grau dedependência para a concretização de AVD e um compromisso da vida social associado a uma marcha lentificada, equilíbrio diminuído, falta de confiança e segurança durante a marcha. Assim, os efeitos da diminuição do equilíbrio e mobilidade, associados à dependência funcional e social, apresentam um elevado peso na perceção de pior QV após FA. Desta forma, percebe-se o impacte negativo da dependência no autocuidado após FA na perceção de QV, em que a diminuição da funcionalidade tem repercussões na vida social do indivíduo, contribuíndo para uma pior perceção de QVRS (Jongjit *et al.,* 2003).

O conceito de QV surge em diferentes domínios do conhecimento, possuindo várias propriedades, o que caracteriza este conceito como multidimensional e multifatorial, destacando-se o bem-estar físico, psicológico e social, pelo que não deve descurar-se a influência dos valores políticos, culturais, económicos e espirituais (Randell *et al*., 2000). Segundo Pais-Ribeiro (2009), o conceito de QV assume paralelismo face a outros conceitos como bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida, constitundo um objetivo fundamental para as sociedades modernas.

Facilmente se compreende que os domínios da saúde e da QV podem ser considerados complementares, pelo que surge o conceito de QVRS. Relembrando o conceito de saúde definido pela OMS de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou incapacidade, contempla-se a saúde num contexto de bem-estar global (Pais-Ribeiro, 2009). O conceito de QVRS é definido por Hermann (1995 pág. 88), citado por Pais-Ribeiro (2009, p.6), como *"o impacte da doença e do tratamento no indivíduo"*. Assim, a perceção da QV em idosos deve contemplar os problemas de saúde, como eventos geradores de dependência, a saúde mental (função cognitiva e memória), a capacidade funcional, o estado de saúde, satisfação com a vida e o suporte social (Almeida, 2009). Destaca-se que as funções física, psicológica e social apresentam um elevado peso na perceção de QV do idoso (Randell *et al.*, 2000).

No contexto da FA, como evento gerador de dependência, assiste-se a graves repercussões a nível da capacidade funcional do idoso. Contudo, apesar da elevada e crescente inicidencia de FA, encontram-se poucos estudos que a relacionam com a perceção da QVRS (Hagsten, Svensson & Gardulf, 2006; Randell *et al*., 2000).

Analisando o questionário de perceção de QVRS utilizado para avaliar QVRS associada à osteoporose (OPAQ), desenvolvido por Silverman e Manson (1993), utilizado no estudo de Randell *et al.* (2000), no domínio relativo à capacidade funcional destaca-se a marcha, fletir o tronco, levantar/sentar, vestir/despir, alcançar objectos, transferir-se e realização de tarefas domésticas. O mesmo estudo revela que três meses após o episódio de FA, existe uma redução significativa no que concerne quer à função física, quer à função social, com repercussão a nível da perceção da QVRS.

Papaioannou *et al.* (2009) corrobora a ideia de que as FA apresentam um profundo impacte a nível da QVRS, destacando como principais fatores a diminuição na capacidade para andar, revelando alterações na mobilidade e repercussões a nível do autocuidado. O estudo de Ekstrom, Nemeth, Samnegard, Dalen e Tidermark (2009) corrobora esta evidência ao identificar que apenas 46% do total da amostra, recuperarou a capacidade de marcha prévia, sendo que, após 24 meses de FA, 71% dos participantes, previamente independentes, ainda se encontrava dependente para a concretização de AVD.

Chiu *et al.* (2012), ao comparar as consequências de diferentes tipos de fraturas em mulheres idosas, identificaram a FA como aquela cujo processo de recuperação é mais lento, revelando uma fraca progressão no domínio físico, culminado num declínio físico e social, em que os participantes do estudo revelam pior perceção de QV. De acordo com os mesmos autores, as limitações do domínio físico apresentam repercussões no desempenho de AVD, destacando as tarefas domésticas, bem como a nível da intimidade sexual e participação em atividades sociais. Chiu *et al.* (2012) referem que os programas de reabilitação para indivíduos com fraturas sobrevalorizam os aspetos físicos da saúde, tais como a capacidade funcional e a independência na realização de AVD, sendo os aspetos não-físicos pouco valorizados, pelo que a perceção da QVRS também deverá ser contemplada como um alvo de cuidados. Neste sentido, importa também perspetivar a QV como um resultado das intervenções de enfermagem sensíveis à promoção da independência/autonomia após FA.

No que concerne às opções terapêuticas para a FA, a literatura reconhece o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, sendo que a comunidade científica considera a abordagem cirúrgica o «*standard of care»* no que contempla ao tratamento das FA, com excepção dos casos em que o indivíduo apresenta co-morbidades que contra-indiquem estes procedimentos (DGS, 2003; Rocha, Azer & Nascimento, 2009).

A abordagem cirúrgica contempla a estabilização cirúrgica, com o princípio de garantir a mobilização e carga precoces, recorrendo a implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata (DGS, 2003; SIGN 2009). O desenvolvimento científico e tecnológico tem vindo a criar diferentes implantes destinados ao tratamento cirúrgico das FA, que visam permitir a estabilidade necessária para a mobilização e a locomoção precoce, obter uma posição funcional do osso e prevenir a necrose avascular (Alarcón & González-Montalvo, 2004), condições necessárias para restituir ao idoso a sua capacidade de marcha, o mais precocemente possível.

Neste sentido, as orientações emanadas pela DGS (2003, p.18), recomendam que a equipa clínica, na tomada de decisão sobre a abordagem cirúrgica, deve contemplar, para grande parte das FA, o *"tratamento com implantes que possibilitem uma estabilização mecânica imediata e a mobilização e carga no pós-operatório"*.

Ainda que, a opção pelo tipo de abordagem cirúrgica e implante a ser utilizado, dependa de vários fatores, nomeadamente da caracterização da fratura, a abordagem cirúrgica surge frequentemente protocolarizada (National Health Service, 2001; SIGN, 2009), sendo que Kumar (2012) reforça os benefícios da mesma pela resposta construtiva na realidade médica, permitindo assimilar, aplicar e expandir o corpo de conhecimentos. As orientações da DGS (2003) fornecem diretrizes para tomada de decisão nos diferentes tipos de fratura.

De forma a perspetivar ganhos a nível da independência no autocuidado, o protocolo de atuação proposto por Friedman, Mendelson, Kates e McCann (2008) destaca como princípios fundamentais a precocidade da estabilização cirúrgica da FA, admitindo menos complicações associadas, bem como o processo de preparação para a alta e o programa de reabilitação.

Atendendo ao tempo volvido entre a FA e a intervenção cirúrgica, os achados do estudo de Costa *et al.* (2009b) destacam que, tanto em homens como em mulheres, a mediana corresponde a um dia, o que traduz as boas práticas definidas por orientações internacionais (Kumar, 2012; National Health Service, 2011; SIGN, 2009). Este dado revela que a maioria dos indivíduos internados foi submetida a intervenção cirúrgica precoce, correspondendo esta, maioritariamente, a artroplastia parcial ou prótese total da anca.

Analisando a prática diária a nível hospitalar, Brown, Redden, Flood e Allman (2009) constatou que, em média, os idosos hospitalizados passam, maioritariamente, o tempo deitados, apesar de apresentarem capacidade funcional para andar. Este facto concorre directamente para um atraso na recuperação funcional, condicionando perda de massa e força muscular, diminuição da capacidade de resistência à atividade física, alterações sensoriais, bem como diminuição do apetite e sede (Resnick *et al.* 2011). A mesma autora

relata que, após dois meses da FA, idosos apresentam uma limitação franca no que concerne à atividade física.

A imobilização prolongada que advém da FA, especialmente em idosos, condiciona um maior grau de incapacidade do que o causado pela própria fratura (DGS, 2003). Segundo a mesma fonte, este facto interfere com o processo de reabilitação e aumenta significativamente o custo da assistência hospitalar, sendo a melhor forma de prevenir as complicações da imobilização a mobilização e o levante precoces. *Guidelines* indicam que, caso as condições clínicas do índiviuo permitam, a mobilização e intervenção interdisciplinar com vista à reabilitação devem ser implementadas 24/48horas após a intervenção cirúrgica (Mak, Cameron, & March, 2010; SIGN, 2009).

A evidência permite destacar a importância da intervenção interdisciplinar precoce, sendo que a fase inicial da reabilitação foca a necessidade de desenvolver estratégias que permitam ganhos quer do autocuidado andar, quer a nível do transferir-se, tomar banho/higiene pessoal, vestir-se/despir-se e o usar o sanitário (Mak *et al.,* 2010; SIGN, 2009). As mesmas fontes acrescentam ainda que o equilíbrio e marcha são componentes essenciais da mobilidade e devem ser encarados como fatores fundamentais para a avaliação da capacidade funcional.

Também neste sentido, a DGS (2003) preconiza a abordagem interdisciplinar, com o intuito de proporcionar as condições necessárias para a reabilitação do indivíduo e o seu rápido retorno ao nível funcional anterior ou ao nível funcional máximo, como a estratégia mais indicada para reduzir os efeitos devastadores da FA. Reforça-se a eficácia, a longo prazo, de programas de intervenção interdisciplinar cujos resultados revelam ganhos na QV manifestados pela diminuição da dor, aumento da vitalidade, melhorias na função social e na saúde mental, bem como melhor capacidade funcional (Shyu *et al.* 2010b). Neste sentido, perspetiva-se o enfermeiro como elemento da equipa interdisciplinar, cujo contributo é sensível à promoção da autonomia/independência no autocuidado, após FA, o que apresenta repercussões também a nível da perceção da QVRS.

1.2 Fratura da Anca: Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem

Tal como se assinalou anteriormente, a FA carateriza-se como evento gerador de dependência, com elevada incidência na população idosa, conjeturando um cenário de dependência no autocuidado, aliado à perceção de pior QV e implicando necessidade de cuidados a longo-prazo, representando por isso custos sociais elevados.

Perante esta realidade, explorar-se-á o impacte da FA a nível da dependência no autocuidado, tendo como modelo conceptual a Teoria do Déficite do Autocuidado de Dorothea Orem, numa perspetiva de compreender o processo decorrente do estado de dependência no autocuidado, visando a promoção da independência e autonomia. Uma vez que o enfermeiro, na equipa interdisciplinar que visa, de forma integrada, restaurar a funcionalidade prévia à FA, é um elemento com domínio de competências para a promoção da autonomia e independência no autocuidado, abordar-se-á não só este seu papel mas também o papel que exerce junto do PC, atendendo à Teoria das Transições de Meleis.

1.2.1 Fratura da Anca: da Dependência no Autocuidado à Promoção da Autonomia/Independência

Segundo o ICN (2011, p. 41), o autocuidado constitui um foco de atenção na prática de enfermagem e define-se como sendo a "a*tividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais e íntimas e as atividades de vida diárias".* Conforme refere Petronilho (2012) este conceito apresenta-se como central na prática da enfermagem, sendo que evoluiu ao longo dos tempos e surge associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

O conceito de autocuidado foi definido por Dorothea Orem como o cuidado pessoal diário, necessário para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, partindo da premissa que todos possuem potencial, se bem que em diferentes graus, para cuidar de si e dos que estão sob a sua responsabilidade (Vitor, Lopes, & Araújo, 2010). O autocuidado, na teoria de Orem (1995) citada por McEwen & Wills (2009, p. 170), surge como uma função reguladora humana, considerada uma "*ação deliberada para suprir ou garantir o fornecimento dos materiais necessários para continuar a vida, o crescimento e o desenvolvimento e a manutenção da integridade humana*". Assim, segundo Orem (2001, p. 45) citada por Petronilho (2012, p. 19), o autocuidado também contempla *"ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com foco na prevenção, alívio, cura ou controle de condições humanas indesejáveis que afectam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar".*

O autocuidado assume-se como uma atividade individual, aprendida e orientada para um determinado objetivo (McEwen & Wills, 2009). Contudo, considera-se que em determinados momentos da vida, os indivíduos experienciam limitações na ação de cuidar de si próprios e de terceiros sob a sua responsabilidade, o que culmina na necessidade de implementar intervenções para garantir a manutenção da vida e a regulação das funções (Petronilho, 2012).

No contexto da teoria de Orem, a enfermagem é caracterizada como um meio para superar as limitações humanas (Vitor *et al.,* 2010). Mais pormenorizadamente, Orem (1995, 2001) citada por McEwen & Wills (2009, p.168) define enfermagem como "*uma arte por meio da qual o profissional de enfermagem presta assistência especializada a pessoas incapacitadas, em que é preciso mais do que uma assistência comum para satisfazer as necessidades de autocuidado. O enfermeiro também participa de forma inteligente no atendimento que o indivíduo recebe do médico".*

Neste sentido, Orem (1995) citada por McEwen & Wills (2009, p.170) considera que a intervenção do enfermeiro assume maior relevância na *"satisfação das necessidades de autocuidado do paciente ou do seu dependente"*, caracterizando-se como intervenção terapêutica, *"como resultado da incapacidade do paciente de calcular ou preencher as necessidades de autocuidados terapêuticos".*

Os indivíduos são perspetivados *"individulamente ou como unidades sociais"* sendo que se apresentam como *"objecto material quer da prática de enfermagem quer de outros que lhes prestam assistência directa"* (Orem, 1995, 2001; citada por McEwen *et al.* 2009, p. 169). Na teoria de Orem valoriza-se a premissa de intercâmbio contínuo entre o indivíduo e o ambiente, o que proporciona a manutenção da vida e do funcionamento (Petronilho, 2012).

O modelo do autocuidado de Orem, definida como a Teoria de Enfermagem do Déficite do Autocuidado, caracteriza-se como um paradigma totalitário, suportado por três diferentes abordagens teóricas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficite do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfemagem (McEwen & Wills, 2009; Petronilho, 2012; Vitor *et al.,* 2010). Tal como o nome indica, a Teoria do Autocuidado descreve e define este conceito, a Teoria do Déficite do Autocuidado explora as razões da intervenção de enfermagem neste domínio e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica as relações que é necessário estabelecer e manter para a concretização de intervenções de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado de Orem baseia-se no princípio que o indivíduo é capaz de implementar ações, dirigidas a si mesmo ou a outros sob a sua responsabilidade, de forma a controlar fatores que promovam, afetem de forma prejudicial, ou influenciam a regulação das suas principais funções, necessárias ao seu desenvolvimento, com o intuito de contribuir para a saúde e bem-estar (McEwen & Wills, 2009). Assim, o indivíduo capaz de se autocuidar apresenta conhecimentos, habilidades e experiências adquiridas ao longo da vida, o que o caracteriza como agente de autocuidado (Petronilho, 2012). Perante o exposto, compreende-se que o autocuidado se reflete em vários domínios: o domínio cognitivo, que implica conhecimentos da área da saúde e das habilidades cognitivas

exigidas para cumprir as ações de autocuidado; o domínio físico, reportando para a capacidade física inerente à concretização do autocuidado; o domínio emocional ou psicossocial, que engloba as atitudes, crenças, valores, motivações, desejos e a perceção de competência na implementação do autocuidado, bem como o domínio comportamental, que requer habilidades necessárias para a execução de comportamentos do autocuidado (Petronilho, 2012).

A Teoria do Déficite de Autocuidado explora a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, contemplando situações de limitação na ação de autocuidado por motivos de saúde, em que os indivíduos se encontram parcial ou totalmente incapacitados, originando situações em que as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para este desempenho (Petronilho, 2012). Nesta situação surgem requisitos de autocuidado associados aos défices de saúde (McEwen & Wills, 2009), sendo exigida a intervenção de enfermagem.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece a estrutura, o conteúdo da prática de enfermagem, considerando-se um sistema de intervenção que visa a capacidade de prescrição, planeamento e prestação de cuidados perante situações de défice de autocuidado (Costa, Saraiva, Costa & Barroso, 2007; Vitor *et al.*, 2010). Neste sentido, identificam-se diferentes tipos de sistemas de enfermagem dependendo da capacidade demonstrada pelo indivíduo para o autocuidado, de acordo com as suas necessidades. Os sistemas de enfermagem podem classificar-se como totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio. O sistema totalmente compensatório implementa-se quando é necessário que o enfermeiro substituía o indivíduo, compensando a incapacidade total no desempenho de ações de autocuidado, garantindo a sobrevivência e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório refere-se à assistência de enfermagem quando o enfermeiro e o indivíduo colaboram e ambos realizam intervenções da esfera do autocuidado, em que o indivíduo é incapaz de completar sozinho as ações do autocuidado e o enfermeiro compensa as suas limitações. Recorre-se ao sistema de apoio quando o indivíduo é capaz de realizar as intervenções, apresentando capacidade para o autocuidado, contudo carece de desenvolver competências que garantam a sua concretização, necessitando de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento dessas atividades (Petronilho, 2012). Assim, Orem identifica cinco métodos de ajuda, contemplando o domínio de competências do enfermeiro: agir ou fazer para outra pessoa, reportando para um método de substituição; guiar e orientar apontando para auxílio ou supervisão; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, com base na gestão do ambiente físico, e ensinar (Petronilho, 2012; Vitor *et al.*, 2010).

A forte representatividade desta teoria na prática de enfermagem é reforçada pela intervenção educativa do enfermeiro baseada em atitudes que promovem a autonomia no autocuidado, pela exigência face à crescente incidência de doenças crónicas condicionantes de dependência no autocuidado e consequentes cuidados de saúde por longos períodos de tempo, e ainda pela necessidade de re-estruturação dos estilos de vida (Schaurich & Crossetti, 2010). Acrescenta-se aos aspetos anteriores, a mudança do paradigma de cuidar para uma lógica de cuidados com maior enfoque na promoção da saúde; as questões económicas que implicam recursos limitados; a necessidade de capacitar as famílias para a adaptação aos desafios de saúde e os cidadãos mais informados que valorizam o processo de tomada de decisão sobre questões de saúde (Petronilho, 2012).

Neste sentido, Petronilho (2012) identifica o autocuidado como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos de saúde e doença. O mesmo autor refere que o conceito em causa permite uma abordagem teórica para intervenções psico-educativas, cognitivas e comportamentais, do domínio do conhecimento e aprendizagem de capacidades, cujos objetivos e resultados esperados visam o desempenho eficaz de ações e comportamentos que garantam ganhos em saúde, o que confere sensibilidade aos cuidados de enfermagem.

O conceito de autocuidado surge implicitamente relacionado com a capacidade funcional da pessoa, em que esta diminuição pode condicionar uma situação de dependência. Os domínios do autocuidado associados à atividade física, nomeadamente o andar, transferir-se e virar-se, bem como o domínio do usar o sanitário apresentam-se como aqueles que revelam maior grau dependência após um evento gerador de dependência (Petronilho, Machado, Miguel & Magalhães, 2010). Contrariamente, os mesmos autores revelam que no domínio do autocuidado alimentar-se os indivíduos mantêm maior grau de autonomia. Assim, aspetos directamente relacionados com a capacidade funcional, como: equilíbrio corporal, coordenação motora, destreza manual e força muscular determinam a autonomia e independencia no desempenho de atividades inerentes ao autocuidado, condicionando o grau de dependência (Petronilho *et al.,* 2010).

Atendendo ao supracitado, bem como à luz das competências do enfermeiro, este surge como o profissional de saúde cujo domínio de competências é sensível à promoção da autonomia e independência no autocuidado como área major de intervenção.

Associado ao conceito de autocuidado, na prática diária do enfermeiro, os conceitos de independência e autonomia surgem frequentemente relacionados. Segundo o ICN (2011, p. 76) o conceito de dependência surge como *"status: condição de uma pessoa relativamente a outra, posição relativa de uma pessoa*" revelando estar dependente de

alguém ou de alguma coisa, em que a independência pode definir-se pela negação da dependência.

Na regulamentação da RNCCI, explanada no decreto-lei 101/2006[1] o conceito de dependência perspetiva a "*situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária*" (p.3857). Perante esta afirmação, destaca-se a importância quer da manutenção do padrão funcional, quer do apoio familiar ou social para a concretização das AVD.

O conceito de dependência associa-se, então, à capacidade funcional da pessoa e relaciona-se com a incapacidade de adotar comportamentos ou executar por si mesmo, sem a ajuda de terceiros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades básicas e instrumentais (Paschoal, 2000). Assim, a funcionalidade pode ser definida como "*a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente*" (decreto-lei 101/2006, p.3857).

Por outro lado, o conceito de autonomia surge como "*direito do cliente: satus de autogovernação e auto-orientação" com as características específicas: autónomo, independente, ter autocontrolo e estar orientado"* (ICN, 2011, p. 41), reportando para a capacidade e liberdade de tomada de decisão, bem como de se autogovernar. Segundo Cabral (1996), citado por Paschoal (2000), a autonomia contempla o princípio da liberdade, valorizando o respeito pela tomada de decisão, em que as escolhas e decisões são verdadeiramente livres. A plena autonomia implica manutenção das funções cognitivas, da atividade intelectual, memória e capacidade de comunicação.

Atendendo aos conceitos descritos, compreende-se a estreita relação destes com a prática de enfermagem. Assim, quer a capacidade de tomada de decisão quer a capacidade funcional influenciam directamente o autocuidado, bem como os comportamentos de adesão ao regime terapêutico e ao processo de reabilitação.

[1] O Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, constante em Diário da Républica I Série – A, apresenta-se como suporte legislativo à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, de acordo com o Programa do XVII Governo Constitucional, sendo que os cuidados continuados integrados contemplam intervenções de saúde ou de apoio social, perspetivando uma recuperação global, promoção da autonomia e ganhos a nível da funcionalidade da pessoa dependente, visando a reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Por outro lado, a RNCCI apresenta também a vertente de prestação de cuitados paliativos.

1.2.2 Papel do Enfermeiro na Promoção da Autonomia/Independência no Autocuidado

O enfermeiro apresenta-se como o profissional da área da saúde cujo âmago de intervenção contempla o autocuidado, salientado que a sua ação prevê a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária, bem como a adaptação funcional aos défices (OE, 2003). De acordo com o mesmo documento, no artigo 8º (p. 7), relativo ao exercício profissional dos enfermeiros, consta que este tem como objetivos fundamentais a *"promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social"*. Deste ponto de vista, no universo da FA, destaca-se a intervenção a nível da reabilitação e reinserção social, tendo por base a promoção da autonomia e independência no autocuidado.

Neste sentido, o enfermeiro age de forma fundamentada, pelo que a mobilização e aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas visa melhorar as práticas, mantendo a máxima da PBE. Assim, segundo a OE (2012, p.15) o enfermeiro *"mobiliza conhecimentos técnico-científicos essenciais para a definição de diagnósticos e implementação de um plano de intervenção, atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido"*.

Segundo McEwen e Wills (2009), a enfermagem apresenta como finalidade ajudar os seres humanos a atingir o bem-estar dentro do potencial de cada indivíduo, família ou grupo. Esta premissa espelha-se no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010, p.1) já que define como objetivos gerais da reabilitação *"melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima"*. De acordo com o mesmo documento a reabilitação, enquanto especialidade, compreende um *"corpo de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência"* (OE, 2010, p.1).

A reabilitação assume-se como especialidade interdisciplinar, cujo domínio de conhecimentos e procedimentos específicos permitem ajudar as pessoas com compromisso no autocuidados resultante de doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência (SIGN, 2009). Assim, a reabilitação tem como finalidade melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, traduzindo ganhos a nível da promoção da autonomia e independência no autocuidado apresentando certamente repercussões na QV (Chiu *et al.*, 2012; Jongjit *et al.,* 2003; OE, 2010).

Segundo a Cochrane Collaboration (2010) a reabilitação interdisciplinar é perspectivada na literatura como os cuidados prestados pela equipa interdisciplinar, com o objetivo de reduzir a incapacidade e melhorar a capacidade funcional em tarefas como o andar e o vestir. Na mesma RSL assume-se uma melhoria da capacidade funcional, após reabilitação interdisciplinar pelo que se considera que o esforço e a colaboração desta equipa apontam para o modelo de prestação de cuidados que promove resultados significativos, também no universo daFA (Watters & Moran, 2006). Neste sentido, Svensson, Ohlen e Lindgren (1996), reportando para reabilitação funcional após FA, reconhece a sensibilidade aos cuidados de enfermagem, salientando que unidades com melhores rácios enfermeiro/doente apresentam melhores resultados a nível da função física e mental dos doentes.

Analisando o papel do enfermeiro na equipa interdisciplinar de reabilitação, Long, Kneafsey, Ryan & Berry, (2002) identificaram seis domínios de competências relacionados com: a avaliação; coordenação dos cuidados e rotinas; comunicação interdisciplinar; cuidados gerais; promoção da autonomia/ independência; apoio emocional e envolvimento famíliar. Assim, dos domínios de competências traçados destaca-se a definição de práticas e rotinas diárias do indivíduo; o importante papel na avaliação, quer inicial, quer contínua, das necessidades do indivíduo; prestação de cuidados gerais, integrando técnicas de reabilitação mantendo e maximizando o plano de reabilitação instituído, o que contribui para a continuidade de cuidados de reabilitação; estabelecimento de relação terapêutica com o indivíduo e prestador de cuidados; intervenção a nível da coordenação da equipa e planeamento da alta. Para além disto, Long *et al.* (2002) reforçam que as intervenções do enfermeiro visam a restauração da mobilidade, mantendo o objetivo geral da equipa interdisciplinar. O mesmo autor considera que o enfermeiro desempenha ainda um importante papel a nível da promoção da independência no autocuidado, nomeadamente no âmbito dos cuidados de higiene pessoal/tomar banho, vestir/despir, arranjar-se, usar o sanitário. Há ainda referência ao envolvimento quer do indivíduo, quer do PC na definição dos objetivos e adesão ao plano de reabilitação e planeamento da alta.

Também Olsson, Karlsson e Ekman (2007) consideram o processo de reabilitação após FA um esforço de equipa, em que os enfermeiros assumem um importante papel, relativo ao processo de tomada de decisão, bem como à motivação e incentivo para adesão a estes programas. Desta forma, os mesmos autores encaram este processo de reabilitação como uma transição de um estado, de dependência, para outro, de independência, de acordo com o domínio das competências do enfermeiro. Assim, no estudo de Olson *et al.* (2007) destaca-se a intervenção progressiva do enfermeiro, no programa de reabilitação, de acordo com a tolerância e capacidade funcional prévia do indivíduo, valorizando o seu

esforço e progresso, sendo a eficácia das intervenções de enfermagem proporcional à capacidade de envolvimento do indivíduo.

Lin *et al.* (2009) defendem que a preparação para a alta deve iniciar-se precocemente e basear-se em programas de reabilitação em que o idoso adquire conhecimento e percebe a FA, nomeadamente, todo o percurso pré e pós-operatórios, salientando os exercícios de reabilitação, a marcha com produtos de apoio, bem como o ensino e treino de habilidades na esfera do autocuidado, valoriorizando o acompanhamento e o desenvolvimento de competências, nestes domínios de prática do enfermeiro. Após implementação do modelo desenhado por Lin *et al.* (2009), nos três meses após alta hospitalar, nenhum indivíduo foi readmitido no hospital ou recorreu ao serviço de urgência, o que o autor associa a ganhos inerentes ao programa de reabilitação e preparação para alta. Por outro lado, o estudo em causa revela resultados significativos e positivos no que concerne ao conhecimento e habilidades demonstradas a nível do autocuidado quer pelo indivíduo, quer pelo PC, com repercussões favoráveis na evolução da capacidade funcional. Referindo a QV, os mesmos autores reconhecem ganhos respeitantes à sensação de vitalidade e perceção geral de saúde. Também Friedman *et al.* (2008) reforçam a importância do planeamento precoce da alta, defendendo que este deve ser inciado no momento da admissão hospitalar.

Neste sentido, compreende-se que a implementação precoce de intervenções da área da reabilitação e o planeamento da alta melhoram a capacidade funcional após a FA, bem como reduzem o risco de institucionalização nos seis meses seguintes (Beaupre *et al*., 2005). No estudo desenvolvido por estes autores, o tempo médio de internamento varia entre 10 a 14 dias pós-operatórios, sendo que o plano de reabilitação visa: transferência cama/ cadeira no primeiro dia pós-operatório; treino de marcha no segundo dia pós-operatório, em idosos com capacidade de marcha preservada antes da FA; refeições preferencialmente fora da unidade do indivíduo, bem como cuidados de higiene no WC, de forma a reforçar o treino de marcha; levantamento de pesos, como técnica de reforço muscular, excepto em indivíduos com redução aberta e fixação interna da FA; exercícios de fortalecimento muscular no leito para indivíduos sem capacidade de marcha; exercícios de mobilização articular e fortalecimento muscular, no terceiro dia pós-operatório; idosos com hemiartroplastia mantêm, tal como os submetidos a prótese total da anca, cuidados de prevenção de luxação e treino de marcha progressivo, atendendo ao produto de apoio necessário.

Ainda relativamente ao estudo de Beaupre *et al.* (2005), este prevê: preparação da alta desde o dia da admissão ou da cirurgia, expondo as possibilidades de destino pós-alta, valorizando a integração do PC; discussão do caso e dos objetivos do plano de recuperação

diariamente, com envolvimento do indivíduo e PC; elaboração de cartas de transferência, com a especificação do grau de dependência do indivíduo, reforçando o plano de reabilitação e os objetivos propostos para o mesmo, perspetivando a continuidade de cuidados em ambulatório.

Beaupre *et al*., (2005) revelam um impacte positivo do programa proposto, quer a nível da recuperação funcional, quer nas suas implicações na vida diária. Por outro lado demonstra a associação entre a recuperação funcional e o suporte social dos idosos, sendo que idosos com menor suporte social apresentam índices mais baixos de recuperação da capacidade funcional, identificando um paralelismo entre este facto e a institucionalização.

Também em contexto domiciliário, evidencia-se a eficácia de programas de reabilitação, com recurso a visitas domiciliárias (Ziden, Frandin, & Kreuter, 2008), em que aprimeira visita visa averiguar as condições habitacionais e sugerir alterações a nível do ambiente físico. O programa de reabilitação de Ziden *et al.* (2008) apresenta como base teórica a Teoria do Déficite do Autocuidado de Orem e as intervenções remetem para o domínio de competências do enfermeiro especialista em reabilitação, e também do enfermeiro de cuidados gerais, entre as quais: treino de transferência da cama/cadeira; ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado vestir-se/despir-se; tomar banho/higiene pessoal, e incentivo e treino de marcha. Os mesmos autores valorizam o envolvimento, motivação e adesão ao regime terapêutico dos indivíduos e PC pela definição de objetivos individuais, bem como através do estabelecimento de relações terapêuticas com base na cooperação, incentivo e apoio emocional.

Assim, o programa exposto por Ziden *et al.* (2008) reflete a valorização da auto-eficácia do indivíduo, como agente promotor do processo de reabilitação, aumentando os níveis de confiança no desempenho das AVD, na mobilidade e atividade física, traduzindo a máxima do *"aprender, fazendo!"*. Como resultados deste programa de reabilitação, um mês após a alta hospitalar, os indivíduos referem mais confiança no desempenho das AVD, comparativamente aos indivíduos em programas convencionais de reabilitação, revelando maior atividade física e social, o que apresenta repercussões a nível da promoção da autonomia e independência face ao autocuidado e também no que respeita à QV.

Shyu *et al.* (2005) propõem uma intervenção interdisciplinar para idosos com FA, que contempla três distintas abordagens complementares: acompanhamento geriátrico, programa de reabilitação e a preparação da alta. No que se refe ao plano de reabilitação, este prevê uma intervenção precoce, desde o primeiro dia pós-cirúrgico até à alta hospitalar. Durante a hospitalização, implementam-se exercícios de reabilitação, com o enfermeiro com especialização em geriatria e com o fisioterapeuta. A preparação da alta surge associada ao desenvolvimento de competências do idoso e do PC, visando maximizar

os recursos e a função familiar. Realiza-se, também, uma visita domiciliária prévia à alta, com o intuído de avaliar as condições habitacionais e promover a gestão do ambiente físico. No domicílio, os idosos recebem visitas por parte do enfermeiro com especialização em geriatria de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação. Como resultados do estudo exposto destacam-se resultados positivos a nível da amplitude de flexão anca, bem como da força muscular, o que culminou numa recuperação mais célere da capacidade de marcha e da capacidade funcional, no que concerne à realização das AVD, reconhecendo-se, no que respeita à QV, a melhor perceção de vitalidade, saúde física e mental, e actividade social.

Analisando os programas de intervenção expostos compreende-se que todos apresentam a finalidade de promover a autonomia e independência após FA, implementando intervenções e exercícios que favorecem a capacidade funcional. Numa RSL com metanálise Auais, Eilayyan e Mayo (2012) concluem que, no âmbito da FA, os programas de reabilitação prolongados e baseados em exercícios terapêuticos, após a alta hospitalar e regresso a casa, apresentam um impacte significativo e positivo no que concerne à capacidade funcional. Os mesmos autores reconhecem o risco dos idosos assumirem uma postura, face ao episódio gerador de dependência, que culmina num ciclo vicioso em que o medo de cair, a dor, e a diminuição da força muscular, conduzem a deterioração do equilíbrio, menor força muscular e aumento da probabilidade de novas quedas e fraturas subsequentes. Assim, os programas de reabilitação prolongados apresentam um resultado positivo no que concerne ao aumento da força muscular, equilíbrio, capacidade e velocidade na macha, com consequente impacte da capacidade funcional, bem como na redução do medo, promovendo uma postura activa. Os programas de reabilitação dos estudos contemplados na RSL mencionada contemplam exercícios que visam melhorar a resistência física, força muscular, flexibilidade, flexão e extensão dos membros, coordenação motora, equilíbrio, rapidez de movimento, atividade reflexa e reduzir a assimetria decorrente da FA.

Na RSL realizada por Sydenham (2008) identificaram-se intervenções com sensibilidade para a prevenção de quedas de idosos, sendo que se destaca o aconselhamento, através da informação com intuito educacional, visitas domiciliárias, nas quais se reforça a presença de um profissional de saúde para advogar conselhos sobre gestão do ambiente físico, promoção da atividade física e a redução de perigos e agentes promotores de queda. Assim, para além de uma intervenção dirigida para a promoção da independência e autonomia após FA, o enfermeiro deve assumir também um importante papel da prevenção destes eventos geradores de dependência.

Por outro lado, perspectivando o processo de reabilitação após FA como uma transição de um estado de dependência para outro de independencia, Robinson (1999), identificou como fatores inibidores e facilitadores deste mesmo processo. Assim, como factores inibidores destaca-se: o desconforto físico, relacionado com dor e fadiga; sensação de limitação, condicionada pela dependência no autocuidado e perda de autonomia; precauções relacionadas com o periodo pós-cirurgico e o seu impacte nas actividades sociais e na realização das AVD; necessidade de apoio de terceira pessoa, bem como a perda de capacidade funcional. Como factores facilitadores reconhece-se: a percepção dos ganhos a nível da independência e autonomia, percebidos pelo próprio ou reforçados por terceiros; a capacidade de implementar estratégias adaptativas que permitam a concretização de AVD e a independência no autocuidado, bem como a capacidade de reconhecer a necessidade de ajuda de terceiros, valorizando o apoio quer familiar quer da comunidade.

Destacam-se ainda outros factores condicionantes do processo de reabilitação após FA entre os quais a idade, a capacidade funcional prévia, outras patologias médicas que prejudiquem o processo de reabilitação, o estado da função cognitiva, o apoio social e familiar, a institucionalização prévia, tal como complicações após correcção cirúrgica da fratura (Alarcón & González-Montalvo, 2004; *Roder et al.*, 2003; Svensson *et al.*, 1996). Porém entre os factores citados, considera-se que o estado motor e funcional prévio à FA, face ao estado cognitivo, se assume como factor mais importante na capacidade funcional após este evento gerador de dependência (Beloosesky *et al.*, 2002).

Assim, perante a identificação de factores que condicionem o processo de reabilitação reforça-se a necessidade e a importância de implementar programas de reabilitação individualizados, com objetivos realistas e que apresentem como finalidade potenciar a independência no autocuidado (Chin, Ng, & Cheung, 2008). Por outro lado, alguns dos factores, inibidores ou facilitadores, espelham premissas do domínio de competências, quer do enfermeiro de cuidados gerais, quer do enfermeiro especialista de reabilitação, reflectindo o vasto leque de intervenções de enfermagem sensíveis à promoção da autonomia/independência no autocuidado. Neste sentido, após uma FA e consequente situação abrupta de dependência, o enfermeiro apresenta-se como elemento constituinte da equipa interdisciplinar com um importante papel na restauração de independência, dignidade e promoção da QV.

Apesar de se referir a importância do papel do enfermeiro no processo de reabilitação, com intuíto de promover a autonomia e independência no autocuidado após FA, reconhece-se também o papel do PC. Assim, os cuidadores apresentam-se como parceiros na prestação de cuidados pelo que necessitam de recursos e desenvolvimento de

competências e habilidades que lhes permitam assumir o seu papel com segurança, sem prejuízo para a sua própria saúde e bem-estar (SIGN, 2009).

1.2.2.1 Papel do Enfermeiro na Transição para o Papel de Prestador de Cuidados

Atendendo à evolução demográfica, marcada pelo envelhecimento populacional onde se compreende também aumento da população com diferentes níveis de dependência, percebe-se a necessidade real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo. Neste cenário, as redes informais ocupam um lugar de destaque na prestação de cuidados à pessoa idosa (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

No que se refere a indivíduos com FA, verifica-se que o período de hospitalização é frequentemente curto, sendo que muitas vezes se segue um período de internamento em unidades de reabilitação, contudo cada vez mais o cuidado familiar se assume como uma alternativa menos dispendiosa e um recurso frequente para garantir cuidados após a alta hospitalar (Lin & Lu, 2005; Williams, Oberst, Bjorklund & Hughes 1996). Neste sentido, importa abordar o papel do PC, não só na perspetiva de quem assegura a continuidade de cuidados, mas também na de quem vivencia um processo de transição para este papel.

Apesar de neste documento se optar pelo conceito de PC, uma vez que é muito utilizado pelos profissionais de saúde, reconhece-se, na literatura, outras designações, tais como familiar cuidador, cuidador principal e cuidador informal (C. Andrade, 2009; F. Andrade, 2009; Araújo, 2008; Augusto *et al.,* 2002).

O conceito de PC surge perante uma situação de dependência no autocuidado, sendo que este apresenta um importante papel na prestação de cuidados gerais e no processo de reabilitação. O PC é entendido pelo ICN (2011, p. 115) como cliente, beneficiário de intervenções de enfermagem, "*que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente"*. O papel de PC é perspetivado como foco de intervenções de enfermagem, que prevê *"interargir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidados de um membro da família dependente"* (ICN, 2011, p.65).

Paralelamente ao conceito de PC, surge o conceito de cuidador informal, que se apresenta como um elemento da rede social, prestando cuidados regulares a pessoas dependentes podendo identificar-se como membro da família, amigo, vizinho ou qualquer

outra pessoa, cuja ação não dependa de remuneração económica (Cruz *et al.* 2010; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

No âmbito dos cuidadores informais, o membro da família prestador de cuidados, definido pelo ICN (2011, p. 115) como *"prestador de cuidados responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família",* apresenta maior relevância uma vez que são identificados em maior número, assumindo o papel em causa por períodos de tempo mais longos, contemplando um vasto leque de cuidados (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Segundo os mesmos autores, este facto advém de questões culturais, uma vez que, em Portugal e noutros países do sul da Europa, *"a família é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que careçam de cuidados*" (p. 61). Desta forma, os mesmos autores reconhecem estas questões culturais nas motivações inerentes à assunção do papel de cuidador familiar: o dever moral e /ou social; a solidariedade conjugal, filial ou familiar; o cristianismo; sentimentos de amor ou piedade; a recompensa material e o facto querer evitar a institucionalização. Como perfil de cuidador familiar destaca-se o sexo feminino, com grau de parentesco mais próximo do dependente (cônjuge, seguidamente da filha), com idade compreendida entre os 40 e os 60 anos (Sousa *et al.*, 2006), sendo que Barber (1999), cit. pelos mesmos autores, refere ainda que os homens participam cada vez mais, tanto como cuidadores principais como secundários.

Na prática clínica surge ainda outro conceito comum, o de cuidador principal. Este conceito definido por C. Andrade (2009, p.2) como a *"pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica"*.

Tendo em conta a importância do papel do PC, a RNCCI supera a prestação de cuidados directa ao indivíduo, identificando os PC como alvo dos cuidados prestados. Assim, no artigo 4º do Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3858, destaca-se o objetivo especifico: *"o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados*" de forma a reforçar as capacidades e competências dos PC e promover a conciliação das obrigações da vida profissional com a prestação de cuidados ao dependente. Assim, o artigo 6º do mesmo documento assume como princípio da RNCCI a participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.

Como reforço da ideia, o indivíduo não deve ser perspetivado como uma unidade isolada, uma vez que as mudanças na sua condição de saúde-doença devem ser consideradas e exploradas a nível da sua rede de relações significativas (Meleis, 2010). Assim, segundo Cruz *et al.* (2010) *"cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá*

ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/idoso" (p. 1).

Associando o princípio de que na sua prática diária, os enfermeiros constantemente acompanham pessoas em diferentes processos de transição, ao facto de que, devido à conjuntura económica, os indivíduos cada vez deixam o hospital de agudos mais cedo, continuando o seu processo de reabilitação em casa (Meleis, 2010), importa analisar o processo de transição, não só do indivíduo, mas também do prestador de cuidados e a forma como o enfermeiro potencia esta transição.

Os processos de transição são despoletados por eventos críticos e mudanças individuais e/ou ambientais, sendo que perante questões de saúde, bem-estar e capacidade funcional para o autocuidado, o enfermeiro interage com o indivíduo neste processo de transição (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora (p.11), a transição é definida *"como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro"*, sendo caracterizada como *"pontos de mudança, que resultam no pressuposto de novos papeis e novas relações conduzindo-a a novas autoconcepções*". Na perspetiva da autora, a transição pode ser encarada quer como processo, quer como resultado de complexas interações entre o indivíduo e o ambiente. O processo de transição não se apresenta como estanque e imutável, pelo que cada indivíduo desenvolve diferentes processos de transição em diferentes fazes da vida e face a diferentes condicionantes.

Assim, identificam-se diferentes tipos de transição, de acordo com a sua natureza: desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais (Meleis, 2010). Apesar desta categorização das transições nos quatro tipos supracitados, compreende-se que nem sempre estas ocorrem isoladamente, pois o processo de transição é, frequentemente, dotado de multiplicidade e complexidade (Meleis, 2010).

A transição para o papel de prestador de cuidados é considerada como uma transição de natureza situacional, decorrente da necessidade de redefinição de papéis a nível da interação, implicando mudanças e ajustes em pequenos sistemas (Meleis, 2010), como por exemplo o sistema familiar. Atendo ao facto da transição em causa se relacionar com um processo de saúde/doença, esta pode ser considerada também desta natureza, implicando uma mudança de um estado de saúde, para um de doença, de independência para outro de dependência, bem como uma mudança gradual de papéis e, consequentemente, de comportamentos e sentimentos (Meleis, 2010).

Nesta perspetiva, segundo Meileis e Trangenstein citados por Silva (2007, p.13) a enfermagem é encarada como *"um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar"*, em que os enfermeiros se apresentam como os cuidadores principais, dos indivíduos e famílias sujeitos a processos de transição, assumindo a

competência de facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a saúde e com experiências do universo da doença (Meleis, 2010).

Assim, à luz da teoria de Meleis, o exercício do papel de PC, autónoma e eficazmente, representa por si só um critério de resultado que revela uma adaptação eficaz à transição (Meleis, 2010; Petronilho, 2008).

Analisando o PC e o idoso dependente como sistema, Andrade e Rodrigues, (1999), citados por F. Andrade, (2009), consideram que estes se influenciam mutuamente, compreendendo que as dificuldades, enfrentadas pelo PC, são consideradas fatores que limitam a qualidade do cuidado prestado. Assim, é fulcral a avaliação das necessidades sentidas pelo PC e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que respondam às mesmas. Segundo Meleis, 2010, quando os indivíduos e as suas famílias não desenvolvem eficazmente transições para os novos papéis, estes experienciam várias complicações e até possíveis readmissões hospitalares.

As dificuldades inerentes ao exercício do papel de PC revelam falta de conhecimentos, de recursos e de acompanhamento dos serviços comunitários (F. Andrade, 2009; Araújo, 2008) em que a falta de conhecimento para gerir o stress também apresenta peso significativo no processo de transição (Paúl, 1997 citado por F. Andrade, 2009).

No estudo realizado por Pinto e Santos (2009), os PC identificaram como dificuldades a pressão psicológica, as dúvidas sobre os cuidados, o desconhecimento sobre os direitos e os recursos disponíveis. À luz de Meleis (2010), estas dificuldades podem ser perspetivadas como condicionantes, pessoais e/ou da comunidade, que podem inibir o processo de transição. Assim, o enfermeiro deve agir de forma a contrariar estes fatores inibidores do processo de transição e as intervenções devem visar o conhecimento, a informação e a aprendizagem de capacidades, sendo fundamental organizar um plano de cuidados partilhado entre o cuidado formal e o cuidado informal (Pinto & Santos, 2009). Meleis (2010) reforça esta ideia sugerindo que a preparação antecipada para a transição facilita este processo, enquanto a falta de preparação se apresenta como um fator inibidor. Assim, sublinha-se a importância do enfermeiro como agente preferencial na preparação e promoção de uma trasição saudável para o papel de PC, reconhecendo-se a perspicácia necessária para identificação de indicadores de processo, relativos à transição em causa.

Os indicadores de processo ajudam os profissionais de saúde a reconhecer os primeiros sinais de antecipação, perceção ou demonstração da mudança provocada pela transição, destacando-se o sentir-se envolvido, a qualidade da interação, o estar situado e a confiança e *coping* (Meleis, 2010). O PC deve sentir-se envolvido no acto de cuidar, assumir com responsabilidade o seu papel e demonstrar consciência sobre as competências adquiridas, os seus défices, medos e inseguranças. A qualidade de interação apresenta-se

também como um indicador de processo, visando uma relação construtiva entre o enfermeiro e o PC. A confiança e coping, como indicadores de resultado, contemplam o exercício sequencial e gradual de novas competências, de forma que o ganho de confiança acompanhe o desenvolvimento dos novos papéis.

Na opinião de Meleis (2010), os indicadores de resultado refletem a qualidade com que as pessoas vivenciaram uma transição, de acordo com o domínio de novas competências (mestria) e a reformulação de identidade (integração fluida de identidades). Para a mesma autora, a mestria associa-se ao desenvolvimento de competências, esperando-se sentimentos de estabilidade e confiança no desempenho das novas ações, o que culmina na reformulação da identidade, caracterizada pela integração fluida, gradual, mas dinâmica dos novos papéis.

Tendo por base esta teoria de médio alcance, compreende-se que o enfermeiro desempenha um importante papel na promoção de uma transição eficaz para o papel de PC. Assim, importa compreender quais as necessidades identificadas pelos PC durante o exercício do seu papel. Sousa *et al.* (2006) enquadram as necessidades dos cuidadores em necessidades materiais (recursos financeiros, produtos de apoio, utilização de serviços), emocionais (suporte emocional, grupos de apoio) e informativas (questão relativas aos cuidados, gestão do ambiente físico, direitos e deveres). Contudo, as mesmas autoras sublinham que as necessidades dependem de fatores como: o tipo e grau de dependência da pessoa cuidada, saúde do cuidador, rede de suporte social que se co-responsabiliza pelos cuidados prestados, situação de coabitação, poder económico, isolamento social e envolvimento PC no mercado de trabalho.

Também no universo da FA, identifica-se a importância do papel do PC e reforça-se que estes necessitam de parceiros na prestação de cuidados, que lhes garantam apoio e confiança no exercício do seu papel e minimizem prejuízos na sua própria saúde e bem-estar (SIGN, 2009).

Contudo, pouco ainda se estudou acerca da especificidade dos PC de idosos dependentes por FA, pelo que se assume que as dificuldades sentidas por estes reportam, igualmente, às da generalidade dos PC. Contudo, já Williams *et al.* (1996) considerou que a pouca de produção científica nesta área dificulta a ação dos enfermeiros de ajudar os PC no processo de tomada de decisão e desenvolvimento de competências, atendo à necessidade de cuidados pós-hospitalares e também ao processo de reabilitação do dependente.

Tendo em conta o período de hospitalização de indivíduos com FA, considera-se que os seus PC desempenham um importante papel em questões práticas no que respeita à limitação da capacidade funcional do indivíduo, mas também a nível de apoio psicológico (Macleod, Chesson, Blackled, Hutchison & Ruta, 2005). Por outro lado, ainda neste período,

frequentemente, os PC referem sintomas de ansiedade, alteração do padrão de sono e fadiga (Lin & Lu, 2005).

No estudo de Lin e Lu (2007), sobre a sobrecarga do papel de PC de idosos dependentes por FA após alta hospitalar, definiu-se o perfil do cuidador, sendo que os dados se sobrepõem aos da generalidade dos PC: cuidador familiar, do sexo feminino com o gau de parentesco mais próximo do dependente por FA, frequentemente coadjuvado por um segundo elemento familiar que se assume como prestador de cuidados secundário. Este estudo caracteriza a sobrecarga inerente ao papel de PC de idosos dependentes por FA como moderada, mantendo-se consistente desde a primeira semana após a alta hospitalar até ao final do primeiro mês, o que se entende pela manutenção do nível de dependência do familiar. Este estudo releva uma correlação positiva significativa entre os sentimentos de obrigação e responsabilidade pela prestação de cuidados e a perceção de sobrecarga pelo PC. No mesmo sentido, reconhece-se uma correlação positiva significativa entre a crença e motivação e a certeza da prestação de bons de cuidados por parte do PC, sendo que o conhecimento e aprendizagem de capacidades demonstrados se associam à motivação na assunção deste papel. Através da análise de Lin e Lu (2007) percebe-se que o stress do PC pode ser minorado pelo apoio familiar, bem como pelo apoio social, revelado como um fator essencial na prevenção da sobrecarga inerente a este papel.

Alves *et al.* (2007) identificaram que cerca de 86% dos idosos, após hospitalização por FA, regressam a casa, pelo que o papel de PC é maioritariamente assumido por um elemento da família. Estes PC revelam preocupação pela necessidade de fazer alterações em casa, bem como pelas alterações de rotinas e papéis familiares, sendo este impacte negativamente relacionado com o maior grau de dependência do familiar dependente por FA (Lin & Lu, 2005; Williams *et al*., 1996).

De forma a perspetivar o impacte da assunção do papel de PC de dependentes por FA, identifica-se que, ao fim do primeiro mês, os PC demonstram menos vitalidade, algum compromisso da saúde mental ou física sendo que consideravam estes aspetos limitadores para o exercício do papel (Shyu *et al.,* 2012a). Contudo, o mesmo estudo destaca um melhor exercício do papel de PC ao longo do tempo, derivado ao desenvolvimento de competências e a ganhos a nível da independência para a concretização de AVD por parte dos idosos cuidados.

Williams *et al.* (1996) identificam as tarefas mais comuns desempenhadas por estes PC, destacando-se a ajuda no cuidado pessoal e na mobilidade, o apoio emocional, a ajuda nas tarefas domésticas e gestão de recursos financeiros. Por outro lado, a mesma fonte identifica os principais problemas sentidos pelos familiares no exercício do papel de PC: o peso da responsabilidade, a prestação dos cuidados, a gestão das tarefas, a fadiga,o stress e

problemas de saúde do PC, a falta de suporte familiar e/ou da comunidade, a dificuldade em lidar com o humor da pessoa dependente, bem como a gestão das expectativas.

De acordo com as necessidades dos PC identificadas, considera-se com integridade referencial para o domínio de competência do enfermeiro as que visam o apoio domiciliário e os produtos de apoio, o apoio emocional e aconselhamento, bem como a informação e formação. Em contexto de apoio docimiliário Sousa *et al.* (2006) salientam a necessidade de diferentes produtos de apoio (cadeiras de rodas, cadeiras-sanita, andarilho, camas articuladas, aparadeiras) que facilitam as ações do PC, bem como a sugestão de pequenas intervenções a nível da gestão do ambiente físico.

Por outro lado, a necessidade de apoio emocional surge da importância de partilhar experiências, preocupações e dificuldades relativas ao desempenho do papel, através do estabelecimento de relações terapêuticas (Sousa *et al.,* 2006). Para os mesmos autores, a necessidade de informação e formação relativa aos cuidados remete para o cariz educacional do enfermeiro, essencial à aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências atendendo às necessidades de cuidados do dependente e do PC.

Ainda reportando às necessidades de informação e formação, Augusto *et al.* (2002), identifica como dificuldades dos PC a falta de conhecimentos para ajudar o indivíduo na mobilização, bem como a nível dos posicionamentos e transferências, cuidados de higiene e eliminação. Os mesmos autores divulgam que os PC *"sugerem que lhes seja transmitida informação necessária para cuidar bem do seu familiar, pedindo, inclusivamente para serem envolvidos na prestação de cuidados"* (p. 27).

Assim, importa identificar as intervenções de enfermagem e resultados produzidos a nível do processo de transição para PC. C. Andrade (2009), através de uma RSL sobre a transição para prestador de cuidados e a sensibilidade aos cuidados de enfermagem, conclui que as intervenções de enfermagem visam a informação e o aconselhamento, apoio e treino de habilidades técnicas para a prestação de cuidados, bem como perspetivam o desenvolvimento de estratégias de coping. Segundo a mesma autora, para além das intervenções do domínio do conhecimento, identificam-se outras, a nível da condição de saúde do indivíduo e do PC, da QV e da prevenção e/ou redução do desgaste do PC.

Devido à exigência implícita ao exercício do papel de PC, Araújo (2008) sugere a adoção de uma prática de maior proximidade, com o intuito de permitir, aos PC, o acesso a mais recursos, essenciais ao exercício competente deste papel, promovendo a QV no seio familiar.

Por outro lado, analisando as respostas adversas à prestação de cuidados pelo PC, Sousa *et al*. (2006) reforça a tendência dos cuidadores familiares assumirem uma postura substitutiva a nível do autocuidado, não contribuíndo para o processo de reabilitação, ou

para manutenção do nível de independência. Neste âmbito, o enfermeiro assume-se, mais uma vez, como o elemento-chave da equipa interdisciplinar para sensibilizar o PC da importância de o indivíduo assumir um papel activo no seu processo de reabilitação ou manutenção das capacidades funcionais. Assim, o combate ao princípio de substituição certamente condicionará mais, e mais céleres, ganhos ao nível da autonomia e independência ao nível do autocuidado.

1.3 Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para a Qualidade de Cuidados

O enfermeiro deve valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem, atendendo ao aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados (OE, 2012). Neste sentido, para a evolução da enfermagem, quer como profissão, quer como ciência, muito contribuiu a crescente produção científica, sendo que uma das exigências da actualidade contempla a prática baseada em evidência (PBE). Para tal, mais do que procurar evidência científica que sustente a sua prática clínica, é essencial que o enfermeiro identifique a melhor evidência disponível, valorizando *"as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde"* bem como *"a sua própria experiência, competências e juízo clínico quanto à viabilidade da sua utilização no contexto da prática clínica"* (ICN, 2012, p. 5).

A PBE deve definir-se pela aplicação na prática clínica, de forma consciente, explícita e criteriosa da melhor e mais atual evidência científica, obtida através de pesquisa, implícita na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde (Berwanger, Suzumura, Buehler & Oliveira, 2007; ICN, 2012; Sampaio & Mancini, 2007).

Para além da necessidade de basear as decisões em saúde na melhor evidência científica, o CRD (2008) refere a necessidade de facilitar o acesso à evidência, tornando-a mais acessível no momento da tomada de decisão. Neste sentido, surge a necessidade de organizar as produções científicas existentes, reforçando as evidências, bem como identificar áreas menos exploradas e elaborar novas questões de investigação. Assim, *"a revisão sistemática é um recurso importante da prática baseada em evidências, que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisas relacionados com um problema específico"* (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004, p.1). A RSL apresenta-se como *"um tipo de estudo secundário que de forma metódica e organizada reúne uma grande quantidade de resultados de pesquisas relevantes, permitindo a explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam uma determinada questão"* (Ramalho, 2005, p.29).

Compreende-se a importância das RSL na área da saúde, em particular no âmbito da enfermagem, uma vez que se apresentam como fontes de evidência essenciais ao processo de tomada de decisão em saúde (Evans & Pearson, 2001). Esta ideia é reforçada por Ramalho (2005, p.38) na medida que as RSL *"são extremamente úteis na tomada de decisões na área da saúde, permitem desenvolver a prática clínica baseada em evidência, poderão ser de grande utilidade na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e são um valioso contributo para a aproximação da teoria à prática".* Para a mesma autora as RSL *"apresentam um valor inestimável, permitindo constantemente vivificar e reforçar as possibilidades da intervenção da enfermagem*", pelo que se apresentam como uma óptima *"oportunidade de testar intervenções de enfermagem, e saber se essas intervenções satisfazem os critérios de sensibilidade, de fiabilidade e de validade",* perspetivando a PBE (Ramalho, 2005, p. 24).

A importância da RSL na melhoria da qualidade dos cuidados advém do facto de esta se basear num método de pesquisa explícito, sistemático, rigoroso, reprodutível e eficiente, cujo planeamento tem como finalidade limitar o viés em todos os aspetos da pesquisa, proporcionando resultados mais fiáveis (Bettany-Saltikov, 2012; Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008; Ramalho, 2005). As RSL apresentam-se como o resumo da literatura existente, focada numa determinada questão de partida (Bettany-Saltikov, 2012), procurando identificar, selecionar, analisar, sintetizar e sumariar a evidência produzida por investigações científicas de alta qualidade, o que contribui para a melhoria da prática dos cuidados em enfermagem (Berwanger *et al.,* 2007; Bettany-Saltikov, 2012; CRD, 2008; Galvão *et al.,* 2005).

Analisando a hierarquia dos estudos, atendendo a nível de evidência, a RSL de ensaios clínicos randomizados encontra-se no topo, caracterizando-se pelo mais alto nível de evidência (Bettany-Saltikov, 2012; CRD, 2008).

Importa ainda reforçar que a RSL se distancia da revisão narrativa, uma vez que procura eliminar diferentes tipos de viés, pela inclusão de todos os estudos que preencham os critérios de inclusão definidos, pelo recurso a uma metodologia específica, nomeadamente a estratégia PICO e PICOD, bem como pelo recurso a protocolos pré-definidos que condicionam o processo de selecção e avaliação dos estudos, pelo que se revê como uma metodologia científica e rigorosa de investigação (Bettany-Saltikov, 2012; Ramalho, 2005).

A primeira etapa para a concretização de uma RSL consiste na definição de um protocolo, projecto ou percurso, o que garante o rigor e a reprodutibilidade do método (Galvão *et al.,* 2004). Os mesmos autores consideram como componentes fundamentais desta etapa: *"a pergunta da revisão, os critérios de inclusão, as estratégias para buscar as*

pesquisas, como as pesquisas serão avaliadas criticamente, a coleta e síntese dos dados" (Galvão *et al.*, 2004, p.3).

Ramalho (2005) refere que as etapas inerentes ao processo de construção de RSL estão compiladas em duas publicações: o CRD Report, uma edição do National Health Service, Centre of Reviews and Dissemination, da Universidade de York, em Inglaterra, sendo que a outra concerne ao universo Cochrane, contemplado na publicação do Handbook para revisões sistemáticas de intervenções. Ambos os guias orientadores reforçam a importância atribuída ao planeamento ou projecto da RSL, sendo o seu objetivo primário diminuir a ocorrência de vieses, bem como reforçar uma das *"características fundamentais de qualquer trabalho de investigação: a sua reprodutibilidade"* (Ramalho, 2005, p. 73).

Por outro lado, Bettany-Saltikov (2012) valoriza as RSL construídas em equipa, que para além de, também, minimizar o viés, aumenta a validade dos resultados. Assim, as boas práticas evidênciam que as RSL devem ser construídas pelo menos por dois investigadores (Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008). Por outro lado, defende-se também a existência de um grupo de peritos, consultados nas diferentes etapas, com o intuito de aconselhar sobre a definição do protocolo metodológico de forma a garantir que a evidência seja relevante para a prática (Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008).

Perspetivando as diferentes publicações que orientam a construção de RSL, o CRD Report e o Handbook Cocharane, compreende-se que, independentemente do número de fases ou etapas, ambas contemplam a definição de uma questão de partida, bem como uma estratégia rigorosa de pesquisa e selecção de dados. Assim, é essencial para uma RSL *"uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de busca, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, acima de tudo, uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada"* (Sampaio & Mancini, 2007, p. 1).

No que contempla à questão de pesquisa, a elaboração da mesma assume-se como umas das etapas-chave para a concretização de uma RSL, influenciando todas as outras etapas, servindo também como guia (Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008; Ramalho, 2005). Uma *"pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correcta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias"* (Santos, Pimenta & Nobre, 2007, p.2). As fontes citadas referem que a questão de pesquisa deve reportar a população alvo, o tipo de intervenção e comparação, tal como os resultados previstos com a implementação das intervenções, constituindo o acrónimo PICO (Participantes, Intervenção, Comparação, e "*Outcomes*"). Usualmente assiste-se também ao acréscimo de

outro elemento, relativo ao desenho do estudo a incluir na pesquisa, sendo que o acrónimo se apresenta como PICOD.

Após a definição da questão de pesquisa, o próximo passo prevê a pesquisa e selecção de estudos, recolhendo evidências nas bases de dados (Cochrane Collaboration, 2011; Santos *et al.*, 2007). Segundo as mesmas fontes, para uma pesquisa eficaz é essencial identificar e definir termos/descritores, que reportem a cada uma das componentes do acrónimo PICO/PICOD, sendo que estes descritores se classificam como controlados e não controlados. Os descritores controlados definem-se como *"títulos de assuntos médicos"* ou *"descritores de assunto"*, atendendo à indexação de artigos em bases de dados, em que os mais utilizados são os termos MeSH, relativos a publicações da MEDLINE e PubMed (Cochrane Collaboration, 2011; Santos *et al.*, 2007, p. 3). Relativamente a descritores não-controlados, estes correspondem a "*palavras textuais e seus sinónimos, variações de grafia, siglas e correlatos"* utilizados pela comunidade científica (Santo *et al.*, 2007, p. 3).

De forma a correlacionar os diferentes descritores recorre-se à utilização de operadores booleanos, referentes aos termos conectores *AND, OR* e *NOT*. Através destes operadores booleanos é possível construir diferentes combinações entre os descritores, constituindo frases booleanas (Cochrane Collaboration, 2011; Santos *et al.*, 2007).

Após a pesquisa, urge selecionar os artigos a incluir na RSL, com base em critérios de inclusão e exclusão rigorosos e transparentes, previamente definidos, atendendo aos objetivos e finalidade do estudo, à problemática em análise e estado da arte da mesma e à questão de pesquisa (Bettany-Saltilov, 2012; Cochrane Collaboration, 2011). Depois de seleccionados os estudos, urge avalia-los criticamente, nomeadamente no que se reporta à sua qualidade metodológica (Bettany-Saltilov, 2012; Cochrane Collaboration, 2011; Pluye, Gagnon, Griffiths & Johnson-Lafleur, 2009). As mesmas fontes referem que a análise da qualidade metodológica dos estudos permite explorar de que forma as diferentes opções metodológicas se espelham nos resultados, facilitando a interpretação dos mesmos e compreensão da evidência. Nesta etapa, reforça-se a importância do envolvimento de outros elementos da equipa de trabalho, na análise da qualidade metodológica dos estudos, de forma a garantir que todos são submetidos a rigorosas avaliações críticas (Cochrane Collaboration, 2011). Como recurso para a avaliação crítica dos estudos selecionados para a RSL usam-se frequentemente instrumentos de avaliação que visam alguns aspetos metodológicos dos estudos (Bettany-Saltilov, 2012; Caldwell, Henshaw, & Taylor, 2011; Schueler, Schuetz & Dewey, 2012; Van Tulder, Furlan,Bombardier & Bouter, 2003).

A etapa relativa à apresentação e análise dos resultados, para além da análise da qualidade dos estudos primários já referida, contempla descrição quantitativa dos dados,

sendo que a análise estatística dos resultados dos diferentes estudos primários (metanálise) apenas pode ser concretizada se estes forem semelhantes (Ramalho, 2005). Seguidamente deve proceder-se à interpretação dos resultados cujo objetivo encerra a evidência encontrada e a discussão acerca da sua aplicabilidade e integração na prática clínica, balizando os benefícios e riscos (Cochrane Collaboration, 2011).

Por outro lado, atendendo ao facto de a RSL se apresentar como um método científico dotado de reprodutibilidade, a mesma deve compreender a sua actualização, de forma a integrar novos estudos com interesse e pertinência para a área de pesquisa (Cochrane Collaboration, 2011).

Perante o exposto, considera-se que a RSL se apresenta como um método de investigação de relevante importância para a prática clínica, uma vez que sintetiza o conhecimento proveniente de diferentes fontes, facilitando o acesso à evidência, demonstrando-se como um recurso eficaz na tomada de decisão, favorecendo a PBE.

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Atendendo aos objetivos orientadores desta dissertação e ao estado da arte sobre a problemática da mesma, neste capítulo descrevem-se as opções metodológicas tomadas nomeadamente o tipo de estudo, a questão de partida, os critérios de inclusão/exclusão, a estratégia de recolha de dados, bem como os procedimentos na análise de dados e na avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários seleccionados.

2.1 Tipo de Estudo

Tendo em conta a problemática da dependência em idosos após FA, traduzida pelas intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia/independência após este evento gerador de dependência, bem como o contributo da RSL para a tomada de decisão em saúde e para a melhoria da qualidade dos cuidados, opta-se por esta metodologia para alcançar os objetivos propostos. Com recurso a este método de investigação pretende-se delimitar o problema de pesquisa, sintetizar e organizar os estudos existentes, bem como aprofundar conhecimento na área em questão e provavelmente identificar lacunas de conhecimento, apontando para novos percursos de investigação, com o intuito de promover a implementação de intervenções de enfermagem adequadas e eficazes.

Face aos objetivos da presente RSL optou-se por seguir as orientações do Cochrane Handbook para Revisões Sistemáticas de Intervenções (2011). Esta publicação prevê sete etapas para a construção de uma RSL, sendo que valoriza a formulação da pergunta de pesquisa, a pesquisa e selecção dos estudos, a avaliação crítica dos mesmos, a colheita de dados, a análise e apresentação dos dados, a interpretação dos resultados e o aperfeiçoamento e actualização. A mesma publicação atribui especial importância à formulação da pergunta de pesquisa, sublinhando que questões mal formuladas conduzem a dúvidas acerca dos estudos a incluir na RSL. A etapa relativa à pesquisa e selecção dos estudos prevê uma busca exaustiva em diferentes bases de dados. A avaliação crítica dos estudos contempla a definição de critérios de validade, em que os que não cumprirem os critérios definidos são excluídos devendo esta justificação ser clara. A colheita de dados deve perspetivar a metodologia que está na base de cada estudo, bem como as variáveis

definidas, os participantes e os resultados clínicos, uma vez que a avaliação destas características permite a comparação entre os estudos. Assim, nesta etapa prevê-se, também, a análise da qualidade metodológica dos estudos. A análise e apresentação dos resultados contemplam a síntese dos estudos selecionados, valorizando os aspetos idênticos entre os estudos. A interpretação dos resultados reporta para a identificação da força de evidência e a aplicabilidade dos resultados. Por último, o aperfeiçoamento e utilização prevêem a incorporação de críticas e sugestões, de forma a reformular as novas edições da RSL.

Esta RSL integra um percurso formativo individual, pelo que será em grande parte construída por um elemento. Porém, reforça-se que a etapa de análise e avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados será realizada por três elementos independentes, ambos com conhecimento na área de pesquisa, de forma a garantir que os estudos são submetidos a rigorosas avaliações críticas independentes, minimizando possíveis viés (Bettany-Saltikov, 2012).

Por outro lado, as orientações sobre RSL reforçam a pertinência de um grupo de peritos, abordado nas diferentes etapas, de forma a acompanhar e tecer considerações sobre a definição do protocolo metodológico (Bettany-Saltikov, 2012; CRD, 2008). Assim, todo o processo de construção da RSL será acompanhado e revisado pelas orientadoras desta dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

2.2 Questão de Pesquisa e Estratégia de Recolha de Dados

Como etapa crucial para o desenvolvimento deste tipo de estudo de investigação, para além da definição da questão de partida, é considerada preponderante, também, a descriminação da estratégia de colheita de dados.

Questão de Pesquisa

Atendendo ao acrónimo PICOD, a pergunta de partida para a elaboração da RSL, apresenta-se da seguinte forma: “Quais as intervenções de enfermagem e sua eficácia na promoção da autonomia/independência no autocuidado, em idosos, após abordagem cirúrgica, de uma FA?”.

Quadro 1- Construção da pergunta de pesquisa pelo acrónimo PICOD

População	Intervenção	Comparação	*Outcome*	Desenho de Estudo
Idosos submetidos a tratamento cirúrgico de uma FA:	Intervenções de enfermagem; Programas de reabilitação orientados para a promoção da independência/ autonomia após tratamento cirúrgico de uma FA;	Estudos que comparem diferentes programas de intervenção (duração, intensidade, número e tipo intervenções) envolvendo ou não o PC; Estudos que comparem programas de intervenção com os cuidados habituais dos serviços de saúde; Estudos que comparem diferentes contextos de cuidado;	Autonomia/ independência no autocuidado; Qualidade de vida;	Experimentais/ Quasi-Experimentais; Revisões sistemáticas da Literatura de estudos experimentais/ quasi-experimentais.

Estratégias de Recolha de Dados

Para concretizar a pesquisa pretendida e a evitar viés no que concerne às palavras-chave de pesquisa, definiram-se os termos descritores, tendo em conta descritores controlados, termos MeSH, bem como descritores não controlados, termos relacionados com a área de pesquisa e conceitos utilizados pela comunidade científica (Quadro 2).

Quadro 2- Descritores/ Palavras-chave para a pesquisa

Conceito 1	**Conceito 2**	**Conceito 3**	**Conceito 4**	**Conceito 5**
Nursing	Self Care	Hip fracture	Aged	Surgery
Nursing interventions	Self-Care	Femural Neck Fractures	Elder	Surgical
Rehabilitation Programs	Self-Management	Intertrochanteric Fractures		
	Self Management	Subtrochanteric Fractures		
	Activities of daily living	Trochanteric Fractures		
	ADL	Proximal Fémur Fracture		
	Quality of life	Subcapital Fracture		
	HRQL			
	Independence			
	Autonomy			

Seguidamente construiu-se a frase booleana, conjugando os descritores definidos e os operadores booleanos, em que articula o operador booleano AND entre as diferentes categorias de conceitos, e o operador OR entre os conceitos da mesma categoria, tal como consta no quadro 3.

Quadro 3- Combinação de descritores e operadores booleanos

Operadores Boleanos	**AND**				
	Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3	Conceito 4	Conceito 5
OR	**1** Nursing interventions **2** Rehabilitation Programs	**4** Self Care **5** Self-Care **6** Self-Management **7** Self Management **8** Activities of daily living **9** Quality of life **10** Health related quality of life **11** Independence **12** Autonomy	**14** Hip fracture **15**Femural Neck Fractures **16** Intertrochanteric Fractures **17** Subtrochanteric Fractures **18** Trochanteric Fractures **19** Proximal Fémur Fracture **20** Subcapital Fracture	**22** Aged **23** Elder **24** Eldery	**26** Surgery **27** Surgical
	3: combinar 1 e 2 com OR	**13:** combinar 4-12 com OR	**21:** combinar 14-20 com OR	**25:** combinar 22-24 com OR	**28:** combinar 26-27 com OR
A última etapa é combinar os passos 3, 13, 21, 25 e 28 com AND					

Assim, obteve-se a seguinte frase booleana:

("Nursing" OR "Rehabilitation") AND ("Self Care" OR Self-Care OR Self-Management OR "self management" OR "activities of daily living" OR "quality of life" OR "Health related quality of life" OR Independence OR Autonomy) AND ("Hip Fractur" OR "Femural Neck Fractur*" OR "Intertrochanteric Fractur*" OR "Subtrochanteric Fractur*" OR "Trochanteric Fractur*" OR "Proximal Femur Fractur*" OR "Subcapital Fractur*") AND ("Aged" OR "Elder*") AND ("Surgery" OR "Surgical").*

A estratégia de recolha de dados compreende a pesquisa em bases de dados científicas. Esta realizou-se através da EBSCO HOST em várias publicações, tais como: *CINAHL Plus, MEDLINE e Cochrane Database of Systematic Reviews.* Para além das publicações referidas, efectuou-se pesquisa na SCOPUS e no Repositório Cientifico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

No que concerne às estratégias de pesquisa no RCAAP, devido às caracteristicas deste portal agregador, não é possivel recorrer à frase booleana supracitada, uma vez que a pesquisa contempla apenas termos de pesquisa, sem operadores booleanos. Assim, a pesquisa no RCAAP teve por base os seguintes termos de pesquisa: *enfermagem, reabilitação, fratura da anca, autonomia, independência, autocuidado, atividades da vida diária e qualidade de vida.*

Após a pesquisa dos estudos, passa-se ao processo de selecção dos mesmos que integra duas etapas distintas: uma inicial, baseada nos títulos e nos resumos dos artigos, contrapondo-os com os critérios de inclusão definidos, de forma a identificar aqueles que se apresentam como potencialmente relevantes; outra subsequente em que se procede à leitura integral de todos os artigos considerados potencialmente relevantes, sendo selecionados como fonte de evidência, aqueles que satisfaçam os critérios de inclusão (Bettany-Saltikov, 2012; Cochrane Collaboration, 2011; CRD, 2008).

2.3 Critérios de Inclusão/Exclusão

Antes de iniciar a pesquisa, surge a necessidade de identificar critérios de inclusão e exclusão, de forma a garantir padrões rigorosos e transparentes, que devem ser aplicados escrupulosamente (Bettany-Saltikov, 2012; Cochrane Collaboration, 2011). A selecção dos estudos a incorporar na RSL é orientada pelos elementos do acrónimo PICOD (Bettany-Saltikov, 2012: Cochrane Collaboration, 2011; Ramalho, 2005), tal como se perspetiva no quadro 4.

Quadro 4 - Critérios de inclusão/exclusão

Critério de Selecção	Critério de Inclusão	Critério de exclusão
Participantes Situação clínica	Participantes com 65 e mais anos submetidos a tratamento cirúrgico de FA, previamente independentes para a maioria dos autocuidados; Idosos com estado cognitivo preservado;	Indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico de FA, de outras faixas etárias; Indivíduos com 65 e mais anos submetidos a tratamento cirúrgico de FA (patológica); Indivíduos com 65 e mais anos submetidos tratamento conservador de FA; Indivíduos previamente institucionalizados ou com níveis prévios de dependência no autocuidado; Indivíduos com comprometimento do estado cognitivo que impeça a adesão ao regime terapêutico.
Intervenção	Intervenções de enfermagem, ou programas de reabilitação, cujo domínio de competências dos profissionais reporte ao domínio de competências do enfermeiro ou do enfermeiro especialista em reabilitação, definidas pela OE, no que concerne à promoção da autonomia/ independência após FA corrigida cirurgicamente.	Intervenções de enfermagem sem integridade referencial para a promoção da autonomia/independência no autocuidado; Intervenções ou programas de reabilitação dirigidos para a promoção da autonomia/independência no autocuidado, não contempladas no domínio de competências do enfermeiro ou do enfermeiro especialista em reabilitação; Intervenções de enfermagem ou programas de intervenção dirigidos para a promoção da autonomia/independência no autocuidado dirigidas para outras causas de dependência; Intervenções de enfermagem ou programas de reabilitação que visem a promoção da autonomia/independência no autocuidado, em idosos com FA corrigida não cirurgicamente; Intervenções de enfermagem ou programas de reabilitação que visem a promoção da autonomia/independência no autocuidado, em indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico de FA (patológica).
Contexto do estudo	Qualquer contexto da prática de cuidados.	
Outcomes	Independência no autocuidado (monitorizada por instrumentos validados); Capacidade para o desempenho das AVD; Perceção de QV; Perceção de bem-estar psicológico.	
Tipo de estudo	Experimentais/Quasi Experimentais; RSL de estudos experimentais/quasi experimentais.	Revisão de estudos observacionais; Estudos qualitativos; Estudos de caso; Estudos observacionais.

Para além dos critérios de inclusão e exclusão expostos, definem-se outros que poderão condicionar vieses de publicação e linguagem (Bettany-Saltikov, 2012).

Como critérios de inclusão destacam-se:

- Produções científicas publicadas posteriormente a 2002 (considera-se a produção científica dos últimos 10 anos);
- Produções científicas publicadas em texto completo;
- Produções científicas cujas publicações, mais do que descriminar a metodologia norteadora, refiram de forma clara e objetiva os objetivos, os materiais, as intervenções, os instrumentos e as suas qualidades métricas, bem como os resultados obtidos;
- Produções científicas, redigidas em inglês, espanhol e português;

Como critérios de exclusão estipula-se também produções científicas, cujo texto completo não se encontre acessível.

2.4 Procedimento de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos

Antes de avaliar a qualidade metodológica importa também identificar o nível de evidência dos estudos, apontado pelas opções metodológicas do mesmo. Em 2011, o Instituto Joanna Briggs[2] (JBI) define quatro níveis de evidência, expostos no quadro 5.

Quadro 5- Níveis de evidência, adaptado do JBI (2011)

Nível 1	Meta-análise de estudos experimentais Estudos experimentais	
Nível 2	Estudos Quasi-Experimentais	
Nível 3	A	Estudos de coorte (com grupo de controlo)
	B	Estudos Caso-controlo
	C	Estudos Observacionais (sem grupo de controlo)
Nível 4	Opinião ou consenso de peritos	

A selecção do instrumento para avaliar a qualidade metodológica dos estudos recaiu no instrumento proposto pelo JBI (2011) designado de *Critical Appraisal Checklist for*

[2] O Instituto Joanna Briggs assume-se como uma instituição internacional, sem fins lucrativos, associado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide, Austrália, que colabora com mais de 70 entidades de todo o mundo, incluindo uma parceria estreita com a Colaboração Cochrane. A finalidade do instituto Joanna Briggs e das entidades com as quais colabora visa promover e apoiar a síntese científica, favorecendo a transferência e utilização de evidências científicas na prática clínica, melhorando a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde, sob a máxima da prática baseada em evidência.

Randomised and Pseudo-randomised Studies exposto na figura 2. Esta ferramenta parece reunir consenso na comunidade científica, tendo já sido reproduzido noutros estudos (Bourgenois, Blanchard, & Nelson, 2012; Magalhães, 2013).

O instrumento referido contempla 10 itens com 3 opções de resposta "Sim", "Não" e "Não é Claro". Na presente RSL optou-se por utilizar uma versão adptada deste instrumento, excluindo o décimo item, relativo à análise estatística e sua adequação às variáveis em estudo, uma vez que os investigadores envolvidos não se sentem confortáveis para pronunciarem um juízo critico sobre este item, podendo comprometer a avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
1. A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?			
2. Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?			
3. A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?			
4. Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?			
5. Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?			
6. Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?			
7. Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?			
8. Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?			
9. Os resultados foram medidos de forma confiável?			
10. A análise estatística utilizada foi apropriada?			

Figura 2- Instrumento de avaliação da qualidade metodológica adaptado do JBI (2011)

De forma a comparar a qualidade metodológica dos diferentes estudos a incluir na RSL, pontuou-se cada item com avaliação positiva com um ponto. Uma vez que todos os itens podem ser pontuados e têm o mesmo peso na avaliação da qualidade metodológica, os estudos com menos pontuação apresentam menor qualidade metodológica do que aqueles com maior pontuação. Para descriminar a qualidade metodológica dos estudos, optou-se pelos pontos de corte definidos por Magalhães (2013). Assim, define-se que estudos pontuados entre 0 e 3 pontos apresentam baixa qualidade metodológica, entre 4 e 6 pontos são classificados com moderada qualidade metodológica e os que apresentarem pontuação entre 7 e 9 pontos correspondem a estudos como boa qualidade metodológica.

Posto isto, o planeamento da RSL é fundamental na construção e afirmação desta metodologia científica, pois só assim se expõe e garante a replicabilidade dos dados.

3 RESULTADOS

O presente capítulo compreende a apresentação dos resultados obtidos com a implementação da metodologia exposta no capítulo anterior, pelo que se pretende responder à questão de partida da presente RSL: "Quais as intervenções de enfermagem e sua eficácia na promoção da autonomia/independência no autocuidado, em idosos, após abordagem cirúrgica, de uma FA?".

Na figura 3 apresenta-se o processo de seleção dos estudos primários, de acordo com o cruzamento entre a pesquisa nas bases de dados e os critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos, sendo que a pesquisa decorreu entre Março e Abril de 2013.

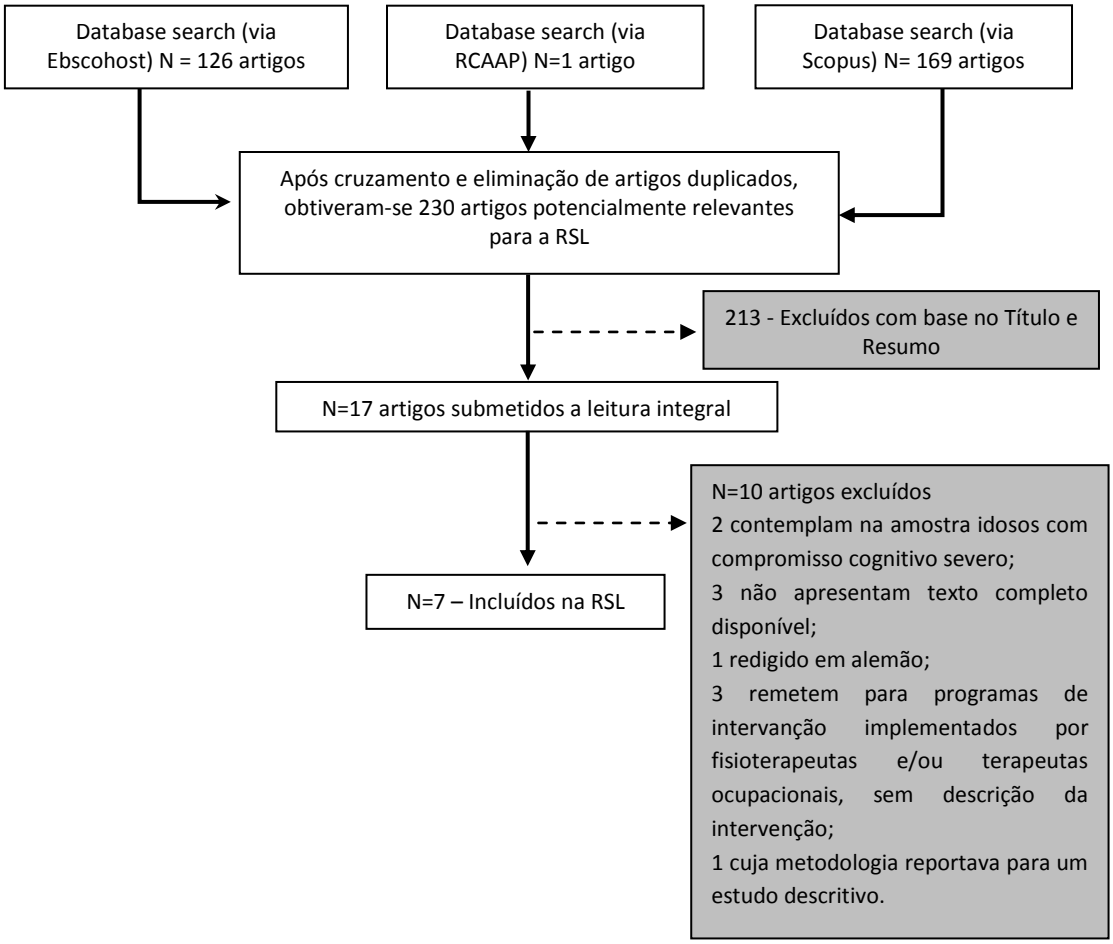

Figura 3- Fluxograma do processo de seleção dos artigos a incluir na RSL

Relativamente à pesquisa na base de dados do RCAAP salienta-se que a mesma apresentou como resultado um único estudo, intitulado: *"Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fratura de extremidade proximal do fémur"* (Câmara, 2011). Embora integre o universo da dependência por FA, pela leitura do resumo do estudo compreende-se que o estudo em causa não responde à questão de pesquisa desta RSL.

Reportando para os critérios de inclusão, destaca-se que os estudos E2, E3, E4 e E5 contemplam participantes com idade superior a 60 anos. Assim, percebe-se que este critério não se coaduana com os inicialmente definidos para esta RSL, que prevê participantes com mais de 65 anos. Porém, analisando os estudos primários em causa, constata-se que o critério de inclusão em discussão não é representativo da amostra, uma vez que, em nenhum dos estudos existem participantes com idade inferior a 69 anos. Por este motivo, pelo interesse e pertinência dos achados científicos para a compreensão da intervenção da enfermagem a nível da promoção da autonomia e independência após FA, decidiu-se incluir os estudos em causa na amostra desta RSL.

No quadro 6 encontram-se dados relativos à distribuição geográfica dos estudos primários selecionados, bem como a fonte e data de publicação dos mesmos.

Quadro 6- Contexto geográfico e fontes de publicação dos estudos primários

Estudo	Ano	Origem	Fonte	Base de dados
E1	2004	Washington, EUA	Journal of the American Medical Association	Scopus
E2	2005	Taiwan, China	Journal of the American Geriatrics Society	Scopus + Ebscohost
E3	2010	Taiwan, China	BMC, Musculoskeletal Disorders	Scopus + Ebscohost
E4	2010	Taiwan, China	Journal of the American Geriatrics Society	Scopus + Ebscohost
E5	2012	Taiwan, China	International Journal of Nursing Studies	Scopus + Ebscohost
E6	2009	Taipei, China	Journal Of Advanced Nursing	Ebscohost
E7	2007	Gotemburgo, Suécia	Journal Of Advanced Nursing	Ebscohost

No que concerne à origem dos estudos integrados na RSL, tal como observado no quadro 7, um foi realizado nos Estados Unidos da América, um na Suécia, e cinco são oriundos da China.

Analisando o mesmo quadro, no que respeita à localização virtual dos estudos, atendendo às bases de dados exploradas, percebe-se que quatro dos estudos selecionados se encontravam duplicados nestas bases de dados utilizadas. Atendendo à data de publicação, percebe-se que toodos os estudos cumprem o critério de

inclusão definido anteriormente, que reporta para o limite temporal relativo aos últimos 10 anos, sendo que cindo dos sete estudos apresentam data de publicação referente aos últimos cinco anos.

Tendo em conta o desenho dos estudos selecionados, destaca-se que seis correspondem a estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados e controlados), e um de natureza quasi-experimental. No quadro 7 apresenta-se os níveis de evidência de cada um dos estudos de acordo com a classificação proposta pelo JBI (2011).

Quadro 7- Natureza e níveis de evidência dos estudos primários

Estudo	Natureza do Estudo	Nível de evidência*
E1	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E2	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E3	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E4	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E5	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E6	Estudo Randomizado Controlado	Nível 1
E7	Estudo Quasi-Experimental	Nível 2

*Níveis de evidência definido pelo JBI (2011)

A comparação da qualidade metodológica dos diferentes estudos incluídos, avaliada com base em 9 dos 10 itens definidos no instrumento proposto pelo JBI (2011), consta no quadro 8.

Quadro 8- Avaliação da qualidade metodológica: comparação entre os estudos primários

Itens JBI	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	S	S	S	S	S	S	NC
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	S	S	S	S	S	S	S
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?	S	N	N	N	N	S	N
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	S	S	S	S	S	S	S
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?	N	N	N	N	N	NC	N
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	S	S	S	S	S	S	S
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	S	S	S	S	S	S	S
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	S	S	S	S	S	S	S
Os resultados foram medidos de forma confiável?	S	S	S	S	S	S	S
A análise estatística utilizada foi apropriada?	S	S	S	S	S	S	S
Total	8/9	7/9	7/9	7/9	7/9	8/9	6/9

Legenda:
S – Sim=1 ponto; N – Não= 0 pontos; NC – Não está claro= 0 pontos
De 0 a 3 pontos – Baixa qualidade metodológica
De 4 a 6 pontos – Moderada qualidade metodológica
De 7 a 9 pontos – Alta qualidade metodológica

Analisando o quadro 8, considera-se que os estudos apresentam qualidade metodológica satisfatória, embora nenhum apresente avaliação positiva em todos os itens do instrumento. Dois dos estudos selecionados apresentam avaliação positiva em oito dos nove itens, sendo que quatro estudos apresentam pontuação positiva em sete dos nove itens, o que lhes confere elevada qualidade metodológica. O estudo 7 (E7) apresenta qualidade metodológica moderada, com avaliação satisfatória em seis dos nove itens.

O item "*Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos*?", relativo à ocultação do investigador, foi aquele que obteve mais vezes (6) avaliação negativa, sendo que noutro estudo esta questão foi considerada como não estando clara. Por outro lado, verifica-se que todos os estudos fazem referência aos

participantes que se perderam ao longo do estudo, cumprindo este critério de alta qualidade metodológica.

Após a análise e comparação das características gerais dos diferentes estudos incluídos importa proceder à análise e interpretação de resultados. Contudo, os estudos selecionados apresentam grande heterogeneidade face à população alvo, intervenção, contexto de cuidados, instrumentos de avaliação e resultados, pelo que se procederá à identificação de características comuns e aspetos relevantes no sentido de dar resposta à questão de investigação. Segundo o Instituto Joanna Briggs (2011), a síntese narrativa dos resultados apresenta-se como método utilizado quando a análise estatística não é uma possibilidade, devido à heterogeneidade dos estudos primários, devendo os resultados ser apresentados em forma descritiva, recorrendo a quadros e figuras. Neste sentido, atendendo aos estudos selecionados e aos objetivos traçados inicialmente para esta RSL, decide-se organizar a análise e interpretação dos resultados em duas categorias temáticas distintas: intervenções de enfermagem/programas de intervenção e eficácia das intervenções/programas de intervenção.

3.1 Intervenções de Enfermagem / Programas de Intervenção

Analisando os estudos primários incluídos nesta RSL, considera-se que embora perspectivem intervenções de enfermagem/ programas de intervenção com a finalidade de promover a autonomia e independência após FA e, consequentemente, melhorar a perceção da QV, os mesmos apresentam diferentes naturezas, contextos de cuidados e intervenções, tal como se pode comprovar no quadro 9. Compreende-se que estas disparidades nos programas de intervenção e/ou intervenções de enfermagem, condicionam também diferentes resultados major.

Quadro 9- Estudos primários: amostra, objetivos, intervenção e resultados major

Estudo / N	Objetivo	Intervenção	Controlo	Resultados Major
E1 N=90	Determinar se a reabilitação prolongada e em ambulatório, melhora a função e a capacidade física e reduz a incapacidade, comparativamente com exercícios realizados no domicílio, de baixa intensidade, entre os pacientes idosos físicamente frágeis, devido a FA.	Programa unidisciplinar, que visa sessões presenciais, supervisionadas e em grupo de exercícios de resistência, flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora, velocidade de movimento e reforço muscular.	Programa de exercícios realizados em casa pelos participantes sem supervisão.	Ganhos a nível da função física, nomeadamente devido ao aumento da força muscular, velocidade de movimento e marcha e equilíbrio reduzindo a incapacidade comparando com o programa de exercícios do domicílio.
E2 N=137	Avaliar um programa de intervenção interdisciplinar direcionado para idosos após FA.	Programa interdisciplinar que contempla a avaliação geriátrica, continuidade de cuidados de reabilitação do ambulatório e preparação para a alta. Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se após a alta através de visitas domiciliárias.	Cuidados habituais remetem para a falta de protocolos de atuação, desvalorização de cuidados interdisciplinares, da continuidade de cuidados e da preparação para a alta.	Ganhos ao nível da flexão da anca e força muscular, recuperação da capacidade da marcha e concretização das AVD. Melhor perpcepção de QV
E3 N=162	Avaliar os efeitos a longo prazo de um programa de intervenção a nível da perceção da QV, em idosos, um ano após FA.	Programa interdisciplinar que contempla a avaliação geriátrica, continuidade de cuidados de reabilitação do ambulatório e preparação para a alta. Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se após a alta através de visitas domiciliárias.	Cuidados habituais remetem para a falta de protocolos de atuação, desvalorização de cuidados interdisciplinares, da continuidade de cuidados e da preparação para a alta.	Ganhos significativos ao nível da perceção da QV, nomeadamente: dor, vitalidade, saúde mental, função física.
E4 N=162	Explorar os resultados aos dois anos, de um programa de intervenção interdisciplinar destinado a idosos após FA.	Programa interdisciplinar que contempla a avaliação geriátrica, continuidade de cuidados de reabilitação do ambulatório e preparação para a alta. Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se após a alta através de visitas domiciliares.	Cuidados habituais remetem para a falta de protocolos de atuação, desvalorização de cuidados interdisciplinares, da continuidade de cuidados e da preparação para a alta.	Ganhos a nível da flexão da anca e força muscular, melhor desempenho marcha e na concretização das AVD. Menos episódios de queda e menor referência a sintomas depressivos; Melhor perpcepção de QV.

E5 N=299	Comparar a eficácia de um programa de intervenção interdisciplinar com *subacute care* e *usual care* a nível da perceção da QV em idosos após FA.	*Subacute care:* Programa interdisciplinar que contempla a avaliação geriátrica, continuidade de cuidados de reabilitação do ambulatório e preparação para a alta *Comprehensive care*: subacute care + intervenções do âmbito da nutrição e outras intervenções direcionadas para a prevenção de quedas e de sintomas depressivos. Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se após a alta através de visitas domiciliares.	Cuidados habituais remetem para a falta de protocolos de atuação, desvalorização de cuidados interdisciplinares, da continuidade de cuidados e da preparação para a alta.	O modelo *comprehensive care* revela ganhos a nível da função e capacidade física, saúde geral e saúde mental face aos cuidados usuais. O modelo *subacute care* demonstra ganhos a nível da função e capacidade física, vitalidade e função social face aos cuidados habituais
E6 N=50	Avaliar a eficácia de um programa de preparação para a alta para indivíduos após fratura da anca, atendendo ao tempo de internamento e à capacidade funcional, ao conhecimento e à capacidade para o autocuidado e QV e à satisfação com o programa de preparação para a alta.	Programa de preparação para a alta que se inicia no momento da admissão hospitalar. Implementação de intervenções de enfermagem no âmbito de ensinar/ instruir. Divulgação de um manual/guia e visitas domiciliárias com vista a definir estratégias adaptativas para o autocuidado e otimização do ambiente físico.	Cuidados habituais não estruturados, de acordo com o julgamento de cada profissional, sem seguir um procedimento protocolado.	Ganhos a nível do conhecimento acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado. Melhores resultados a nível da capacidade funcional e na perceção da QV
E7 N=112	Avaliar o contributo dos cuidados de enfermagem, num plano interdisciplinar, direcionado para idosos após FA.	Valorização da motivação do indivíduo, e definição de um programa de reabilitação desenhado de acordo com a capacidade e motivação do indivíduo, baseado no conceito de transição entre a dependência e independência para as AVD.	Programas de reabilitação *standard* sem contemplar a motivação e a capacidade de cada um dos participantes.	Ganhos a nível da independência para a concretização das AVD, sendo que os participantes do grupo de intervenção restauraram a independência de forma mais célere.

No que respeita às características dos estudos expostas no quadro 9, destaca-se a dissemelhança e diversidade no que concerne ao desenho do estudo, nomeadamente a nível da amostra, objetivos e tipos de intervenções, quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo. Esta diferença deve ser analisada como consequência do desenho de estudo, contudo considera-se que esta reflete, também, diferenças significativas relativas aos cuidados de saúde, que são substancialmente diferentes nos países onde estes estudos são desenvolvidos.

Reforça-se que os estudos expõem, claramente, homegeneidade entre os grupos que compõem a amostra, a nível da idade, género, graul de independência para o autocuidado prévio à fratura e opção de tratamento cirúrgico (quadro 10).

Quadro 10- Características dos participantes dos estudos primários

Estudo	Grupo	Idade (M,DP)	Sexo		Independência prévia à FA	Tratamento cirurgico		Duração inter.
			♂	♀		Artrop.	Fix.Int.	
E1	G. E.	80±7	34	33	BADL 13.4±0.9	17	29	N/A
	G. C.	81±8	10	13	BADL 13.5±0.9	20	24	N/A
p		0.46	0.92		0.71	0.41		N/A
E2	G. E.	77,6±8	22	20	Barthel 94.6±14.3	20	48	10.07±3.67
	G. C.	77.7±7	46	49	Barthel 96.5±6.1	23	43	10.23±6.51
p		0.95	0.67		0.3	0.31		0.86
E3	G. E.	77.36±8	55	56	Barthel 95.94±6.6	25	35	10.12±3.53
	G. C.	78.94±7	25	26	Barthel 96.22±6.4	35	47	9.63±4.83
p		0.20	1.00		0.78	0.15		0.14
E4	G. E.	77.4±8	23	55	Barthel 95.9±6.6	25	55	10.1±3.7
	G. C.	78.9±7	26	56	Barthel 96.2±66.4	35	47	9.7±5.0
p		0.20	0.1		0.78	0.15		0.62
E5	G. E. + G. C.	76.17 – 76.91	40.4 % - 30.7 %	59.6 % - 69.3 %	Barthel 96.16 – 97.23	31.3% - 44.6%	55.4% - 68.7%	7.93- 8.47
p	Sem diferença estatística entre os três grupos a n+ivel da idade, género, independência prévia para ao autocuidado, tipo de procedimento cirúrgico e duração do internamento hospitalar.							
E6	G. E. + G. C.	78.75 ±6.99	64%	36%	BADL = 90% independentes	64%	36%	G. Exp. 6.02±2.41 G. Cont. 6.29±2.12
p	Sem diferença estatística entre o G.C e G.E atendendo à idade, género, nível prévio de independência para ao autocuidado e tipo de procedimento cirúrgico							0.696
E7	G. E.	84±7.0	14	42	FRS 82 ±23.1	21	35	Dados não revelados
	G. C.	84±6.9	15	41	FRS 84 ±16.5	28	28	
p		1.0	0.9		0.3	0.1		

Legenda:
♂ Homens ♀ Mulheres M: Média DP: Desvio Padrão
Atro.: Artroplastia Fix. Int: Fixação Interna Duração inter.: Duração do Internamento Hospitalar
G. E.: Grupo Experimental G.C.: Grupo de Controlo N/A: Não Aplicável
BADL: Basic Activities of Daily Living (sub-escada do *Older Americans Resources and Services*)
FRS: Functional Recovery Scale

Através da análise das características gerais dos participantes dos estudos destaca-se a idade média acima dos 75 anos em todos os estudos, sendo que dois (E1 e E7) apresentam a idade média dos participantes acima dos 80 anos. Atendendo ao sexo, evidência-se um predomínio de participantes mulheres comparativamente aos homens, com excepção do estudo E6.

No que concerne a nível de literacia dos participantes, os estudos E6 e E7 não revelam este aspeto, já o estudo E5 reconhece um grande número de iletrados no total de participantes (37.6-52.5%). O estudo E4 e E3 revelam que 48.8% é iletrado, não existindo diferenças significativas entre os participantes do grupo de controlo e experimental (p=0.66). No estudo E2 reconhece-se também uma elevada prevalência de participantes com iliteracia (51.1%), não existindo diferenças significaticas entre os grupos experimental e de controlo (p=0.75), tal como acontece no estudo E1 (p=0.95).

A nível da dependência prévia à FA, identifica-se um baixo nível de dependência dos participantes, sendo que nos estudos E2, E3, E4 e E5 foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação (Indice de Barthel). Os estudos E1 e E6 utilizam a sub-escala relativa às actividades básicas da vida diária, constituinto do instrumento *Older Americans Resouces and Services*, sendo que o estudo E7 recorre à *Functional Recovery Scale.*

No que concerne à opção cirúrgica para tratamento da FA, os dados do quadro 10 revelam em todos os estudos preferência pela fixação interna.

Atendendo à duração do internamento hospitalar, o E7 não expõe os dados relativos ao grupo de controlo e experimental. Contudo revela uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o tempo de internamento hospitalar apenas para o grupo de controlo (p=0.01), não identificando a mesma correlação no grupo experimental. Assim, no grupo de controlo os participantes com mais idade permanereceram mais tempo internados comparativamente aos participantes com menos idade, sendo que no grupo experimental, a duração do internamento hospitalar não foi influenciada pela idade dos participantes.

Contexto da Intervenção

Analisando os estudos primários selecionados, relativamente aos objetivos, percebe-se a diferença a nível das intervenções cuja finalidade compreende a promoção da autonomia e independência no autocuidado e a melhor perceção de QVRS. Assim, reconhece-se que estas intervenções/ programas de intervenção são condicionadas pelo contexto da implementação dos estudos, que espelham a

diversidade e a pertinência das intervenções de enfermagem, em diferentes *timings* após FA, tal como consta no quadro 11.

Quadro 11- Contexto de intervenção dos estudos primários

Estudo	Contexto da intervenção
E1	Intervenções dirigidas para o período pós-alta hospitalar, no domicílio, 16 semanas após intervenção cirúrgica, em sessões de grupo, presenciais e supervisionadas ou programa de exercícios realizados sem supervisão pelos participantes no seu domicílio.
E2	Intervenções iniciadas em contexto hospitalar, que visam a reabilitação precoce e a preparação para a alta, prolongando-se no domicílio através de visitas domiciliárias que prevêem a continuação do processo de reabilitação e a adoção de estratégias adaptativas para o autocuidado. O acompanhamento do parsticipantes realiza-se até aos 3 meses após FA.
E3	Intervenções iniciadas em contexto hospitalar, visando a reabilitação precoce e a preparação para a alta. Este programa prolongando-se em contexto domiciliário, através de visitas domiciliárias que prevêem a continuação do processo de reabilitação e a adoção de estratégias adaptativas para o autocuidado. O programa é instituito até aos três meses após alta-hospitalar.
E4	Intervenções iniciadas durante o internamento hospitalar que visam a reabilitação precoce e a preparação para a alta, prolongando-se em contexto domiciliário, através de visitas domiciliárias que preveem a continuação do processo de reabilitação e a adoção de estratégias adaptativas para o autocuidado. O programa é instituito até aos quatro meses após alta-hospitalar.
E5	Intervenções iniciadas a nível hospitalar, que preveem a continuação do programa de reabilitação em contexto domiciliário durante um ano após FA, sendo que o programa contempla também a prevenção de quedas, acompanhamento nutricional e avaliação de sintomas depressivos. O programa é instituito até aos quatro meses após alta-hospitalar.
E6	Intervenções implementadas em contexto hospitalar, que visam um programa de reabilitação, o planeamento da alta, sendo que a avaliação da eficácia destas intervenções ocorre já em contexto domiciliário, aos três meses após FA.
E7	Intervenções iniciadas durante o internamento hospitalar que visam a reabilitação precoce e acompanhamento do processo de transição durante este processo de reabilitação.

O estudo E1 apresenta um programa de intervenção unidisciplinar, realizado em contexto domiciliário, 16 semanas após a alta hospitlar, sendo que os estudos E2, E3, E4, E5 visam a comparação de programas interdisciplinares que se iniciam em ambiente hospitalar e se prolongam após a alta, no domicílio. Por outro lado, o estudo E6 procura avaliar um programa de preparação para a alta, em que tal como o estudo E7, se realiza em contexto hospitalar de agudos. Contudo, destaca-se que o estudo E6 avalia a eficácia e a influência das intervenções implementadas a nível hospitalar, a nível da autonomia e independência para o autocuidado, em contexto domiciliário.

Atendendo ao contexto de intervenção dos estudos E2, E3, E4, E5, E6 e também E7, percebe-se a valorização da intervenção precoce, nos primeiros dias pós-cirurgia, ainda em ambiente hospitalar, em que o planeamento da alta é perspetivado como um dos pilares dos programas de intervenção.

Constata-se que os estudos E2, E3, E4 e E5 atribuem destaque à continuação do programa de reabilitação no contexto de visitas domiciliárias. Nestes estudos implementam-se intervenções precoces, iniciadas durante o internamento hospitalar, ainda no primeiro dia pós-operatório, bem como intervenções numa fase mais tardia do processo de reabilitação, em contexto domiciliário, através de visitas domiciliárias, sendo variável o número e frequência destas visitas, de acordo com a duração do programa de intervenção. Neste sentido, no estudo E2 e E3 realizaram-se visitas domiciliárias até aos 3 meses após FA, sendo que os estudos E4 e E5 mantiveram as visitas domiciliárias até ao final do quarto mês após alta hospitalar. Contudo, como posteriormente se pode aprofundar, os efeitos destas intervenções são avaliados em diferentes momentos, após FA.

Por outro lado, através da análise dos diferentes programas de intervenção percebe-se que apenas o estudo E1 implementa intervenções em sessões de grupo (grupo experimental), sendo estas presenciais e supervisionadas. Contrariamente, ao grupo de controlo do mesmo estudo são implementadas um conjunto de intervenções à distância, sem supervisão. Os estudos E2, E3, E4, E5, E6 e E7 remetem para intervenções presenciais e supervisionadas, implementadas individualmente a cada um dos participantes.

Profissionais Envolvidos nos Programas de Intervenção

De acordo com o exposto na figura 4 percebe-se o envolvimento de diferentes grupos profissionais da área da saúde nos estudos primários desta RSL, entre os quais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

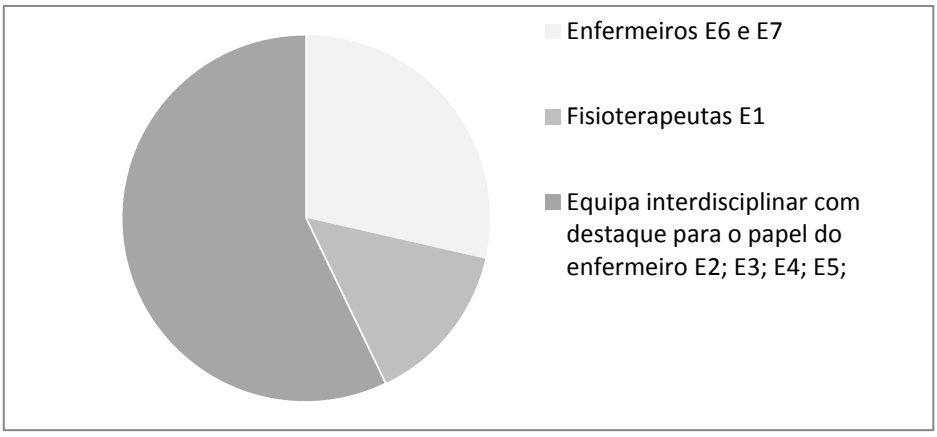

Figura 4 -Profissionais envolvidos nos programas de intervenção no âmbito da promoção da autonomia e independência após FA.

Desde já importa compreender a inclusão do estudo E1 nesta RSL, sendo que o mesmo foi desenvolvido por fisioterapeutas. Através da análise detalhada do programa de intervenção definido, compreende-se que as intervenções implementadas apresentam integridade referencial relativa ao domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definidas pela OE (2010).

Os estudos E2, E3, E4 e E5 visaram um programa interdisciplinar que contemplou três pilares: cuidados geriátricos, programa de reabilitação e plano de preparação para alta, pelo que envolve diferentes profissionais, entre os quais médicos geriatras, fisiatras, fisioterapeutas e enfermeiros, sendo que se destaca enfermeiros com especialização em geriatria como um elemento preponderante em todo o programa de intervenção.

Os estudos E6 e E7 apresentam-se também como estudos unidisciplinares, sendo implementados e desenvolvidos por enfermeiros.

Tipo de Intervenção

Analisando o tipo de intervenção avaliada nos diferentes estudos percebe-se a pluralidade de intervenções com integridade referencial para a promoção da independência e autonomia no autocuidado após FA, tal como consta no quadro 12.

Quadro 12 -Intervenções dirigidas à promoção da autonomia e independência após FA nos estudos primários

Estudo/ Contexto/ Grupos Profissionais	Intervenção	Intensidade/ Regularidade
E1 - Contexto domiciliário, realizado por Fisioterapeutas	• Ensinar e treinar exercícios de reforço muscular; amplitude articular; flexibilidade; coordenação motora; equilíbrio; velocidade de movimento; • Sessões de exercicios presenciais, supervisionadas e realizadas em grupo face a exercícios realizados individualmente pelos participantes no domicílio, sem supervisão.	Sessões com duração de uma hora, três vezes por semana, durante 2/3 semanas até perfazer 36 sessões.
E2 - Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se para o domicílio, envolve enfermeiros com especialização em geriatria, fisioterapeutas, fisiatras	• Ensinar e treinar exercícios de reforço muscular; amplitude articular; equilíbrio; proprioceção e marcha; • Ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado; • Cuidados geriátricos, incluído a avaliação de sinais vitais, mais especificamente monitorização da dor; • Preparação para a alta hospitalar: visitas domiciliárias de preparação para a alta hospitalar (identificação de barreiras relativas ao exercício do autocuidado; gestão do ambiente físico e definição de estratégias adaptativas para o autocuidado); • Continuidade dos cuidados de reabilitação em ambiente domiciliário através de visitas domiciliárias: reforçar o programa de reabilitação e treino estratégias adaptativas para o autocuidado.	Durante a hospitalização o plano de reabilitação compreende 4 sessões de 30 minutos com o enfermeiro, 2 sessões de 20 minutos com fisioterapeuta, 1 sessão com o fisiatra; Visita domiciliária com o enfermeiro: Uma visita/semana durante o primeiro mês pós-alta hospitalar e uma visita a cada duas semanas no 2º e 3º mês; O fisioterapeuta realiza uma visita domicilia na 1ª,3ª semana e ao 3º mês após a alta hospitalar.
E3 - Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se para o domicílio, envolve enfermeiros com especialização em geriatria, fisioterapeutas, fisiatras	• Ensinar e treinar exercícios de reforço muscular; amplitude articular; equilíbrio; proprioceção e marcha; • Ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado; • Cuidados geriátricos, incluído a avaliação de sinais vitais, mais especificamente monitorização da dor; • Preparação para a alta hospitalar: visitas domiciliárias de preparação para a alta hospitalar (identificação de barreiras relativas ao exercício do autocuidado; gestão do ambiente físico e definição de estratégias adaptativas para o autocuidado); • Continuidade dos cuidados em ambiente domiciliário através de visitas domiciliárias: reforçar o programa de reabilitação e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado;	O programa de reabiliatação inicia-se no 1º dia pós-operatório. Uma sessão diária com o enfermeiro e duas sessões durante todo o internamento com o fisioterapeuta; Uma visitas domiciliária/semana com o enfermeiro até ao final no primeiro mês pós-alta hospitalar e, posteriormente, a cada duas semanas, até aos três meses após FA; Visita domiciliária com o fisioterapeuta na 1ª e 3ª semanas e ao 3º mês.
E4 - Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se para o domicílio, envolve enfermeiros com	• Ensinar e treinar exercícios de reforço muscular; amplitude articular; equilíbrio; proprioceção e marcha; • Ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado; • Cuidados geriátricos, incluído a avaliação de sinais vitais, mais especificamente monitorização da dor;	O programa de reabilitação inicia-se no 1º dia pós-operatório. Uma sessão diária com o enfermeiro e duas sessões durante todo o internamento com o fisioterapeuta; Visitas domiciliárias com o enfermeiro uma vez por

especialização em geriatria, fisioterapeutas, fisiatras	• Preparação para a alta hospitalar: visitas domiciliárias de preparação para a alta hospitalar (identificação de barreiras relativas ao exercício do autocuidado; gestão do ambiente físico e definição de estratégias adaptativas para o autocuidado); • Continuidade dos cuidados em ambiente domiciliário através de visitas domiciliárias: reforçar o programa de reabilitação e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado.	semana até ao final no primeiro mês pós-alta hospitalar, e posteriormente a cada duas semanas, no um total de 9.9 ± 2.3 visitas; Visita domiciliária com o fisioterapeuta na 1 e 3ª semana e ao 3º mês, no total de 3.0±1.1 visitas.
E5 - Inicia-se em contexto hospitalar e prolonga-se para o domicílio, envolve enfermeiros com especialização em geriatria, fisioterapeutas, fisiatras	• Ensinar e treinar exercícios de reforço muscular; amplitude articular; equilíbrio; proprioceção e marcha; • Ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado; • Cuidados geriátricos, incluído a avaliação de sinais vitais, nomeadamente monitorização da dor; • Preparação para a alta hospitalar: visitas domiciliárias de preparação para a alta hospitalar (identificação de barreiras relativas ao exercício do autocuidado; gestão do ambiente físico e definição de estratégias adaptativas para o autocuidado); • Avaliação e intervenção no plano nutricional; • Continuidade dos cuidados em ambiente domiciliário através de visitas domiciliárias: reforçar o programa de reabilitação, treino estratégias adaptativas para o autocuidado; identificar fatores promotores de quedas; ensinar estratégias de prevenção de quedas; gestão e supervisão da adesão ao regime terapêutico, a nível do plano nutricional e avaliação de sintomas depressivos.	Durante o internamento hospitalar realizou-se uma sessão por dia com enfermeiro e duas sessões, em todo o internamento, com o fisioterapeuta; Visitas domiciliárias com enfermeiro: uma no 1º mês pós-alta hospitalar, quatro entre o 2º e 4º mês, conferindo um total de cerca de 7.54± 0.8 visita; Visitas com o fisioterapeuta: na 1ª e 3ª semanas e ao 3º mês, num total de cerca de 2.51±1.04 visitas.
E6 -Contexto hospitalar, envolvendo enfermeiros	• Avaliação e monitorização de sinais vitais, nomeadamente da dor; • Programa individualizado de cuidados, baseado nas necessidades dos participantes; • Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado; ensino e treino de exercícios de reabilitação e treino de marcha; • Guia/manual de instrução para os idosos que explora áreas como: compreender a FA; questões importantes no pré e pós- operatórios; exercícios de reabilitação; uso de auxiliares de marcha/dispositivos de apoio e estratégias adaptativas para o autocuidado no domicílio; • Ensinar e treinar o prestador de cuidados.	Duração do internamento hospitalar 6/7 dias.
E7 - Contexto hospitalar, envolvendo enfermeiros	• Estabecer objetivos terapeuticos com os participantes; • Planear a reabilitação de acordo com as capacidades dos participantes, identificando fatores facilitadores e inibidores do processo de transição; • Ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado, nomeadamente a nível do levantar/sentar, deitar/levantar; cuidados de higiene; vestir/despir e marcha; • Deambulação precoce; • Acompanhamento do enfermeiro no processo de transição; • Avaliação e intervenções a nível do controlo da dor, medo e ansiedade.	Duração do internamento hospitalar, com maior incidência nos últimos cinco dias até à data prevista da alta.

O tipo de intervenção surge directamente associado ao contexto de cada um dos estudos primários. Assim, alguns descrevem intervenções dirigidas exclusivamente para o período pós-operatório, numa fase mais tardia do processo de reabilitação, em contexto domiciliário (E1), enquanto outros valorizam programas que se de desenvolvem em ambiente hospitalar (E6 e E7), sendo que outros se iniciam no internamento e são extensíveis após a alta hospitalar, para o domicílio (E2, E3, E4, E5). Os últimos apresentam pogramas cuja intervenção major se circunscreve em ambiente hospitalar, valorizando o ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado, a preparação para a alta, e visitas domiciliárias que garantem a continuidade de cuidados de reabilitação.

Quase de uma forma transversal, o ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado surgem como intervenções major dos programas de intervenção (Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu e*t al.*, 2010b; Shyu *et al*., 2005), o que reforça o amago da intervenção de enfermagem no processo de transição do estado de dependência para outro de independência, na esfera do autocuidado.

Por outro lado, identificam-se intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar exercícios de reforço muscular, amplitude articular, equilíbrio; proprioceção e/ou marcha (Binder *et al.,* 2004; Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.,* 2007; Shyu *et al.*, 2012a; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005), o que remete para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Alguns estudos (E2, E3, E4 e E5) prevêm visitas domiciliárias antes da alta hospitalar. Estas visitas têm a intenção de sinalizar barreiras arquitectónicas e sugerir estratégias para gestão do ambiente físico, identificar as necessidades dos participantes e familiares relativas a estas mesmas estratégias, bem como garantir a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a nível de exercícios de reabilitação, promovendo autonomia e independência após FA.

Analisando as dinâmicas dos programas de intervenção, percebe-se, nomeadamente nos estudos E2, E3, E4, E5, E6 e E7, preocupação a nível da avaliação, monitorização e controlo da dor.

Numa outra abordagem, destaca-se o programa de intervenção do estudo E6 relativa à elaboração de um guia/manual de educação para a saúde, assumido como matérial didático de suporte ao programa de intervenção. Neste sentido, o guia de educação para a saúde apresentou o objetivo de reforçar as intervenções do âmbito do ensinar e instruir, contribuíndo para aprofundar o conhecimento acerca da FA, prevenção

de complicações no período pós-operatório, exercícios de reabilitação, marcha com produtos de apoio e estratégias adaptativas para o autocuidado (Lin *et al.,* 2009).

Importa referir que a dinâmica exposta do estudo E6 pretende envolver e desenvolver competências com o PC (Lin *et al.,* 2009). Também os estudos E2, E3, E4 e E5, no âmbito da preparação para a alta, perspetivam a avaliação das competências do PC e os recursos familiares, bem como a identificação das necessidades de cuidados, quer dos participantes, quer dos PC (Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005). Contudo, os estudos em causa não especificam ou aprofundam as intervenções dirigidas para o desenvolvimento das competências do PC.

O programa (E7) destaca a importância da motivação dos participantes, sendo que avalia o processo de transição da dependência para a independência no autocuidado, valorizando um programa de reabilitação ajustado às suas necessidades e habilidades (Olsson *et al.*, 2007). Neste sentido, os mesmos autores reforçam que o enfermeiro deve assistir o indivíduo neste processo de transição, sendo implícito a exploração da condição prévia à fratura, o que se constitui como um parâmetro importante para a avaliação do processo de reabilitação e para a definição de objetivos terapêuticos com o indivíduo e família.

3.2 Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção

De forma a identificar e quantificar os resultados obtidos com a implementação de intervenções de enfermagem/programa de intervenção, é essencial definir e adotar *outcomes* e instrumentos de avaliação sensíveis a estas intervenções. Antes de aprofundar os resultados e compreender a eficácia das intervenções/programas de intervenção dos estudos primários, importa expor os *outcomes* e os instrumentos usados na avaliação da sua eficácia.

Outcomes sensíveis aos programas de intervenção

Os programas de intervenção que caracterizam os estudos primários incluídos nesta RSL, recorrem a diferentes *outcomes*, sejam eles príncipais e secundários, para avaliar o seu impacte e resultado. Destaca-se a uniformidade, entre os estudos, na escolha e selecção dos *outcomes* primários, incidindo na dependência no autocuidado e na perceção de QV, tal como exposto no quadro 13. Por outro lado, identificam-se também os *outcomes* secundários utilizados em alguns dos estudos, tais como: equilíbrio; força muscular; ângulo de flexão da anca; marcha; composição corporal; dor; episódios de queda; taxa de mortalidade; tempo de internamento hospitalar;

episódios de urgência; episódios de re-admissão hospitalar; institucionalização; conhecimento sobre estratégias adaptativas; satisfação com o programa de intervenção e incidência de úlceras de pressão. Estes *outcomes* secundários concorrem ou derivam da capacidade funcional/independência no autocuidado, sendo avaliados individualmente.

Assim, no quadro 13, encontram-se expostos os *outcomes* primários e secundários, bem como os instrumentos utilizados para a avaliação da eficácia das intervenções/ programas de intervenção relativos aos estudos incluídos nesta RSL.

Quadro 13 -*Outcomes* e instrumentos utilizados na avaliação da eficácia dos programas de intervenção dos estudos primários

Estudos	***Outcomes* Primários**		***Outcomes* Secundários**
	Independência para o autocuidado/ Performance Física	Perceção da QV / Sintomas Depressivos	
E1	Older Americans Resources and Services; Physical Performance Test (PPT); Funcional Status Questionnaire.	SF-36	Equilibrio; Força Muscular; Marcha; Composição Corporal.
E2	Índice Barthel; Escala de Lawton e Brody.	SF-36	Dor; Força Muscular; Marcha; Quedas; Taxa de Mortalidade; Tempo de internamento hospitalar; Episódios de urgência; Episódios de Re-admissão hospitalar; Institucionalização.
E3	Índice de Barthel	Sf-36	
E4	Índice de Barthel	SF-36; Escala de Depressão do Centro geriátrico Chinês.	Ângulo de flexão da anca; Força muscular e Capacidade para Marcha
E5	Índice de Barthel	SF-36	
E6	Versão Chinesa da Escala de capacidade funcional; BADL do Older Americans Resources and Services	SF-36	Conhecimento sobre estratégias adaptativas-Questionário; Satisfação com o programa; Tempo médio de internamento.
E7	Functional Recovery Scale; Índice de Katz.	CEDER Scale (Perceção da saúde geral)	Escala de Norton

Importa reforçar todos os estudos primários referem a validação e, consequente, avaliação das qualidades métricas dos instrumentos utilizados, conferindo validade e fiabilidade na adequação dos instrumentos à amostra e população alvo.

Analisando o quadro 13 percebe-se que em todos os estudos existiu a preocupação de avaliar o impacte das intervenções/programas de intervenção não só a nível da capacidade funcional e dependência no autocuidado, mas também a nível da QVRS ou perceção geral de saúde, embora as intervenções major dos estudos reportem para os aspetos físicos que condicionam a dependência.

Atendendo aos instrumentos usados na avaliação do impacte das intervenções, o índice de Barthel surge como o mais utilizado na avaliação do desempenho a nível do autocuidado, sendo recurso em quatro dos sete estudos selecionados (E2, E3, E4 e E5). O índice de Barthel foca-se na avaliação das seguintes AVD: higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir/despir, controlo de esfincteres), deambular, transferências, subir/descer escadas e alimentar-se (Mahoney & Barthel, 1965), em que o score global varia entre 0-100 (soma dos itens classificados em 0, 5, 10 e 15 pontos, conforme independência, necessidade de ajuda para executar a atividade ou depedência, sendo que as possibilidades de classificação não são idênticas em todos os itens avaliados) em que 0 corresponde a dependência máxima e 100 remete para o estado de total independência.

O modelo de avaliação *Older Americans Resources and Services* caracteriza-se como multidimensional, compreendendo a avaliação da capacidade funcional em cinco áreas centrais da vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD (Rodrigues, 2007). Binder *et al.* (2004) e Lin *et al*. (2009), respectivamente nos estudos E1 e E6, utilizam a subescala do instrumento citado relativa à avaliação do desempenho nas actividades básicas da vida diária, atendendo ao autocuidado alimentar-se, vestir/despir, higiene pessoal, banho, sentar/deitar e levantar, marcha, incluindo subir/descer escadas, uso do sanitário. Cada autocuidado é pontuado de 0 a 2 pontos, sendo que o score global varia entre 0-14 pontos, em que 0 revela dependência e 14 corresponde a independência.

O *Funcional Status Questionnaire* foi também utlizado Binder *et al.* (2004), no estudo E1, avaliando o desempenho nas seguintes AVD: cuidados de higiene, alimentar-se, vestir/despir, levantar/sentar, marcha, incluindo subir/descer escadas, tarefas domésticas, usar transportes públicos, fazer compras, realizar atividades físicas vigorosas como transportar objectos pesados (Jette & Cleary, 1987). O score global deste instrumento varia entre 0-36, em 0 reporta para dependência total e 36 identifica independência. No mesmo estudo os autores realizam um teste de performance física, desenvolvido por Reuben & Siu (1990), que consiste na realização de nove atividades: escrever uma frase, alimentar-se, girar sobre si prórpio 360º, vestir e despir um casaco, pegar um livro e coloca-lo numa prateleira, apanhar uma moeda do chão, cumprir marcha por 50 metros, bem como subir e descer escadas, também passível de ser pontuado de 0-36, em que 0 corresponde a dependência total e 36 a independência.

No estudo E2, Shyu *et al.* (2005) recorrem também a escala de Lawton e Brody para avaliação das atividades instrumentais da vida diária: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa,

utilização de meios de transporte, gestão da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros (Lawton & Brody, 1969). O score global varia entre 0 e 8 pontos, correnpondendo às oito AVD avaliadas, sendo para cada uma definido o grau de dependência (score 0) ou independência (score 1).

O estudo E7 recorre ao índice de Katz para avaliar a autonomia nas atividades básicas da vida diária. Este instrumento contempla as AVD básicas: banho, vestir, uso do sanitário, transferências, controlo de esfíncteres e alimentação (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963). Para cada AVD avaliada com este instrumento existe a possibilidade de classificação como dependente (score 0) e independente (score 1), pelo que o score global é compreendido entre 0 e 6 pontos, em que 0 revela dependência total e 6 independência. Olsson *et al.* (2007) recorrem também ao *Functional Recovery Scale* para avaliar a condicção prévia à fratura dos participantes. Este instrumento perspetiva actividades básicas da vida diária, actividades instrumentais da vida diária e mobilidade, sendo respectivamente atrabuido um score máximo de 44, 23 e 33 pontos a cada uma das componentes. Assim, percebe-se que o score global do *Functional Recovery Scale varia entre* 0 e 100 pontos, em que 0 corresponde a dependência total e 100 a independência.

Neste sentido, através da recurso a diferentes instrumentos de avaliação, reconhece-se que as AVD mais avaliadas compreendem a higiene pessoal, o uso do sanitário, vestir/despir, marcha incluindo subir/descer escadas e alimentar-se.

A avaliação da perceção da QVRS é, maioritariamente, realizada através do questionário SF-36, recurso em seis dos sete estudos selecionados. Este instrumento compreende a avaliação de oito domínios: capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental, com um score global entre 0-100, correspondendo respectivamente ao pior e melhor estado de saúde (Ferreira, 2000). O estudo E7 recorre à utilização da escala CEDER que pretende avaliar a perceção geral da saúde (Ceder, Thorngren & Wallden, 1980) reconhecendo que esta influencia a perceção da QV.

Resultados e Eficácia das Intervenções/ Programas de Intervenção

A eficácia das intervenções/ programas de intervenção expostas nos estudos selecionados apontam um caminho para a promoção da autonomia e independência no autocuidado após FA. Uma vez que as intervenções/programas de intervenção são definidos em diferentes contextos após FA, compreende-se que os resultados sejam também diversos, pelo que se apresenta o quadro 14.

Quadro 14 -Eficácia/ Resultados das intervenções/ Programas de intervenção dos estudos primários

Estudo	Resultados
E1	Os participantes do grupo experimental demonstraram melhor desempenho a nível da coordenação motora, força muscular, velocidade de marcha, equilíbrio e melhor perceção de QVRS, revelando menor sensação de incapacidade para a concretização das AVD; Grupo experimental apresentou maior adesão ao programa de exercícios, justificado pelo contacto social que aumentará a motivação.
E2	*Outcomes* secundários: Não revela diferenças estatísticas no que concerne à utilização dos serviços hospitalares pós-alta hospitalar, bem como a nível da intensidade da dor, mortalidade, episódios de quedas, tempo de permanência hospitalar no período pós-operatório e taxa de institucionalização; O grupo experimental apresentou melhores resultados a nível da capacidade de flexão da anca, bem como maior força muscular, recuperando a capacidade para andar mais cedo e apresentaram-se mais independentes, a nível do autocuidado, do que o grupo de controlo; A nível da perpcepção da QV também os participantes do grupo experimental apresentam melhores resultados do que o grupo de controlo, nomeadamente a nível da vitalidade, saúde mental, capacidade e função física nos 3 meses após FA, sendo que a nível da função social, esta diferença chegou perto de ser significativa. O grupo experimental apresentou menos sintomas depressivos do que o grupo de controlo ao 3º mês após alta.
E3	A intervenção apresenta um efeito significativo a nível da perceção da QVRS, nomeadamente no que reporta à perceção de dor, vitalidade, saúde mental, capacidade funcional e função social.
E4	*Outcomes* secundários: Não se verificaram diferenças estatísticas significativas no que concerne à mortalidade, taxa de readmissão hospitalar e institucionalização entre os dois grupos. O grupo experimental apresentou menos episódios de recurso ao serviço de urgência e menos episódios de queda; A intervenção permitiu consolidar a capacidade de marcha mais cedo, bem como um maior número de participantes do grupo experimental conseguiu atingir o nível prévio de independência no andar, bem como menores níveis de dependência face ao grupo de controlo; Os sintomas depressivos decresceram significativamente aos 12 meses após-alta hospitalar, em que os participantes do grupo experimental apresentaram menores sintomas depressivos que o grupo de controlo; A nível da capacidade física o grupo experimental apresentou melhores resultados e melhor trajetória do que o grupo de controlo, sendo que esta evolui ao longo dos 24 meses após alta hospitalar; Atendendo à perceção da QV, esta também foi mais positiva no grupo experimental do que no grupo de controlo.
E5	Capacidade funcional: os grupos experimentais (*comprehensive care e subacute care)* apresentaram resultados significativamente melhores do que o grupo de controlo (*usual care).* Os resultados da intervenção melhoraram com o tempo de implementação dos programas, sendo que destaca os 6 meses e o ano após a alta hospitalar como os momentos que os idosos apresentam melhores índices de capacidade funcional; Dor: o grupo *usual care* apresentou menor limitação funcional relacionada com a dor do que o grupo *comprehensive care* nos primeiros seis meses após alta hospitalar, sendo que após este momento esta diferença se atenua, o que se relaciona com a intensidade do programa de reabilitação. O grupo *subacute care* apresentou resultados semelhantes ao grupo *usal*

	care; Os participantes do grupo *comprehensive care* apresentaram melhores resultados no que concerne à função e capacidade física, saúde física e mental do que aqueles que constituíram o grupo *usual care*; Perceção geral de saúde: o grupo *comprehensive care apresentou* melhor perceção geral de saúde do que o grupo *usual care* ao final do primeiro ano após FA; Demonstraram-se benefícios da intervenção tanto do grupo *comprehensive care* como do grupo *subacute care* relacionados com a perceção da QV, durante todo o primeiro ano após alta hospitalar por FA, sendo que estes foram exponenciais com o tempo e duração da invenção. O programa de intervenção que caracteriza o *comprehensive care* demonstra eficácia na promoção da capacidade e função física, saúde em geral e saúde mental, sendo que o programa de intervenção relativo ao *subacute care* promove a capacidade e função física, bem como a vitalidade e a função social.
E6	A diferença entre o tempo de internamento dos participantes dos dois grupos não foi estatisticamente significativa, tal como no que concerne a readmissões hospitalares e recurso ao serviço de urgência; Conhecimento dos participantes acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado: O programa de preparação para a alta revelou aumento do conhecimento dos participantes do grupo experimental face ao grupo de controlo; Capacidade funcional: mais de 90% dos pacientes do grupo experimental apresenta a mesma capacidade para a realização das AVD prévia à fratura. Os resultados são idênticos no grupo de controlo, embora os participantes do grupo experimental os atinjam mais cedo; Perceção da QV: o grupo experimental demonstrou melhores resultados que o grupo de controlo, nomeadamente nos aspetos psicológicos relacionados com a função social e vitalidade, e em aspetos físicos como a dor e a perceção geral de saúde; Satisfação com o programa de preparação para a alta: não se identificam diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos.
E7	Processo de transição: ocorre de forma diferente em dois grupos, sendo que a grande diferença reporta para o número de idosos que atingiu o grau de independência prévia na concretização das AVD, diferindo de 52% no grupo de controlo e 75% no grupo experimental; Marcha: no grupo de controlo maior número de participantes apresentaram necessidade de produtors de apoio para deambular de forma independente, face ao grupo experimental; *Outcomes* secundários: os participantes do grupo de controlo permaneceram maior número de dias algaliados, apesar do número de infecções urinárias não ser significativa entre os dois grupos; mais participantes do grupo de controlo referiram deficiente controlo da dor, face aos participantes do grupo experimental; identifica-se maior número de ulceras de pressão nos participantes do grupo de controlo do que no grupo experimental; Percepção geral de saúde: os participantes do grupo experimental apresentaram melhor perceção do estado geral de saúde do que os participantes do grupo de controlo; Prepração para a alta: A preparação para a alta foi perspetivada precocemente no grupo experimental, sendo que o apoio da assistente social foi solicitado, em média, 10 dias mais cedo e a alta ocorreu cerca de 5 dias mais cedo do que no grupo de controlo.

Analisando o quadro 14, segundo os resultados do estudo E1, realizado em contexto domiciliário, descata-se que a frequência presencial e supervisionada de sessões de exercícios de maior intensidade apresenta ganhos a nível da independência para o autocuidado, face a um programa de exercícios de baixa intensidade, realizada no domicílio sem supervisão. Assim, os participantes que frequentaram as sessões de exercícios presenciais e supervisionadas apresentam melhor coordenação motora, força muscular, velocidade de marcha e equilíbrio pelo que revelam menor perceção de incapacidade para a concretização das AVD e melhor perceção da QVRS, comparativamente aos seus pares do grupo controlo (Binder *et al.,* 2004). O mesmo estudo revela também que os participantes do grupo experimental apresentaram melhor adesão ao programa, face aos participantes do grupo de controlo que realizavam o programa de exercícios, no domicílio, sem supervisão, apesar do contacto periódico via telefónica.

Os estudos E2, E3 e E4 apresentam por base o mesmo plano de intervenção que visa um programa interdisciplinar cujo âmago compreende três aspetos centrais: cuidados geriátricos, valorizando aspetos relativos às co-morbilidades da faixa etária mais acometida pelas FA, sendo que cabe ao enfermeiro com especialização em geriatria avaliar o estado geral de saúde e referenciar situações com necessidade de intervenção médica; programa de reabilitação envolvendo médico fisiatra, fisioterapeuta e enfermeiro com especialização em geriatria, em que este revela um papel dominante, pelo número e duração de sessões e intervenção continuada com os participantes; preparação para a alta, desenvolvida essencialmente pelo enfermeiro com especialização em geriatria (Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al*., 2005*)*. Nestes programas de intervenção o enfermeiro com especialização em geriatria desempenha um papel fulcral a nível da avaliação da condição geral de saúde, implementação de intervenções dirigidas para a reabilitação funcional e consequente promoção da independência no autocuidado, preparação para a alta e avaliação dos resultados das intervenções, podendo identificar-se semelhanças com o papel de gestor de caso.

No que concerne a *outcomes* secundários, como readmissões hospitalares, taxa de mortalidade, tempo de permanência hospitalar após cirurgia por FA e institucionalização, os achados dos estudos E2 e E4 não evidenciaram diferenças estatísticamente significativas entre os grupos de controlo e grupos experimentais (Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.* 2005). Estes dados são semelhantes no estudo E6, uma vez que também não se verificam diferenças com significado estatístico a nível do tempo de internamento, readmissões hospitalares e recurso ao serviço de urgência (Lin *et al.,* 2009).

Contudo, o estudo E4, longitudinal com duração de dois anos, salienta que o grupo experimental apresentou significativamente menos episódios de recurso ao serviço de

urgência (p=0.02) e menos episódios de quedas (p=0.03) face ao grupo de controlo, identificando maior número de quedas entre o primeiro e segundo ano após FA, do que entre a alta hospitalar e o primeiro ano (Shyu *et al.*, 2010b).

Nos estudos E2 e E4 os resultados demonstram que os participantes do grupo experimental recuperam a capacidade de marcha autónoma significativamente mais cedo do que os participantes do grupo de controlo (E2 p=0.004; E4 p=0.03), associado à melhor capacidade de flexão da anca (E2 p=0.002; E4 p=0.001) e maior força muscular (E2 p=0.04; E4 p=0.001) (Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.* 2005). Neste sentido, os participantes do grupo experimental apresentaram melhores scores no Indíce de Barthel, do que os participantes do grupo de controlo (E2 p=0.001; E4 p=0.001), sendo que o estudo E4 relaciona aspeto com a capacidade funcional que assumiu uma trajetória evolutiva ao longo do programa de intervenção (Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.* 2005). Os resultados do estudo E4 revelam que os participantes do grupo experimental obtiveram, em média, mais 10 pontos na classificação do Índice de Barthel do que o grupo de controlo, o que se reflete em um ou dois domínios do autocuidado, sendo que esta diferença se acentuou com o decorrer do programa de intervenção.

Atendendo à perceção QVRS, e especificamente à percepção geral de saúde contemplada no estudo E7, todos os estudos demonstram que o grupo experimental apresenta melhor perceção do que o grupo de controlo (Binder *et al.,* 2004; Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005). Contudo, o estudo E2 particulariza a perceção da QVRS aos 3 meses após FA referindo que o grupo experimental apresenta melhores resultados do que o grupo de controlo, nomeadamente a nível das dimensões: vitalidade (p<0.001), saúde mental (p=0.02), capacidade e função física(p<0.001). A nível da função social, a diferença não assumiu significado estatístico, embora os resultados apontem uma tendência positiva (p=0.05) (Shyu *et al.,* 2005). O estudo E3, que se reporta ao impacte do programa de intervenção, um ano após FA, a nível da perceção da QVRS, revela diferenças significativas, com os participantes do grupo experimental a apresentarem melhores resultados a nível da perceção de dor (p<0.001), vitalidade (p<0.001), saúde mental (p=0.004), capacidade funcional (p<0.001) e também na função social (p<0.001) comparativamente aos seus pares do grupo de controlo (Shyu *et al.*, 2010a). O estudo E4 reconhece também um efeito positivo do programa de intervenção a nível da perceção da QVRS, revelando que no grupo experimental, os sintomas depressivos decrescem significativamente aos 12 meses após-alta hospitalar face ao grupo de controlo (p=0.005) (Shyu *et al.*, 2010a).

O estudo E5, que compreende a comparação entre o programa base dos estudos E2, E3, E4, com a associação de cuidados a nível da prevenção de quedas, intervenção de

cariz nutricional e avaliação de sintomas depressivos, evidência melhores resultados a nível da capacidade física. Os achados do estudo mostram que a capacidade física evolui favoravelmente com o tempo de implementação das intervenções, destacando-se os seis meses de intervenção como o tempo em que os participantes atingem melhores resultados (Shyu *et al.*, 2012b). Neste programa de intervenção, os participantes do grupo experimental (*comprehensive care*) referiram maior sensação de dor (p<0.01), comparativamente aos participantes dos outros grupos (Shyu *et al.*, 2012b). O mesmo estudo revela que os grupos experimentais (*comprehensive care* e *subacute care*) demonstram melhor perceção geral de sáude (p<0.005), nomeadamente a nível da QV, relacionada com a função física (p<0.005), saúde mental (p<0.005), vitalidade (p<0.005) e função social (p<0.005), sendo que estas diferenças se espelham ao longo do tempo de intervenção do programa, revelando ganhos sequênciais, face ao grupo de controlo (*usual care*).

O estudo E6 perspetiva o conhecimento dos participantes acerca da FA, cuidados no período pós-operatório e também no que concerne a estratégias adaptativas para o autocuidado, sendo que o grupo experimental, revelou melhores conhecimentos do que o grupo de controlo, quer no momento da alta (p=0.001), quer duas semanas após o regresso a casa (p=0.003) (Lin *et al.,* 2009). A nível da capacidade funcional, aos três meses após FA, os domínios do autocuidado mais afectados reportam para o tomar banho e subir e descer escadas. Os autores do estudo afirmam também que 90% dos participantes do grupo experimental apresenta a mesma capacidade para a realização das AVD prévia à fratura, sendo este resultados idênticos no grupo de controlo, embora os participantes do grupo experimental os atinjam mais cedo (Lin *et al.,* 2009).

No que concerne à perceção da QVRS, também no estudo E6, o grupo experimental demonstrou melhores resultados que o grupo de controlo, nomeadamente nos aspetos psicológicos relacionados com a função social (p=0.025) e vitalidade (p=0.004), em aspetos físicos como a dor (p=0.009) e a nível da perceção geral de saúde (p=0.029) (Lin *et al.,* 2009). Este estudo apresenta ainda um dado novo face a todos os outros estudos, avaliando a satisfação com o programa de intervenção, contudo não revela diferenças estatísticas significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo (p=0.409).

O estudo E7 reporta-se ao processo de transição após FA, sendo que os resultados revelam que este ocorre de forma diferente nos dois grupos, em que grande diferença remete para o número de idosos que atingiu o grau de independência prévia na concretização das AVD, diferindo entre 52% no grupo de controlo e 75% no grupo experimental (Olsson et al., 2007). Especificamente no âmbito da capacidade para a marcha, este estudo demonstrou que o grupo de controlo apresentou maior número de

participantes com necessidade de recurso a produtos de apoio para andar de forma independente.

Outro *outcome* avaliado por Olsson *et al.* (2007), com a implementação do programa de intervenção no estudo E7, prende-se com a incidência de úlceras de pressão, identificando-se um número significativamente maior nos participantes do grupo de controlo comparativamente ao grupo experimental, numa relação de 19 para 8 (p=0.02). O mesmo estudo revela ainda que os participantes do grupo de controlo permanecem mais dias algaliados (p=0.001) apesar do número de infecções urinárias não ser significativamente diferente entre os dois grupos.

No que concerne ao controlo da dor, o estudo E7, revela que mais participantes do grupo de controlo referiram deficiente controlo da dor, em comparação aos participantes do grupo experimental (p<0.001) (Olsson *et al.*, 2007). A nível do *timing* da alta hospitalar, este estudo revela que no grupo experimental, o apoio da assistente social foi solicitado, em média, 10 dias mais cedo e a alta ocorreu cerca de 5 dias antes do que no grupo de controlo (p=0.003).

4 DISCUSSÃO

Após apresentar os resultados relevantes dos estudos primários incluídos na RSL, percebe-se a heterogeneidade dos mesmos, condicionados por diferentes objetivos e opções metodológicas, embora integrem o domínio da promoção da autonomia e independência no autocuidado após FA. Este capítulo destina-se à discussão destes mesmos resultados, de forma a contribuir para uma melhor resposta à questão de partida desta RSL.

Tal como no capítulo anterior, optou-se organizar esta discussão em duas categorias temáticas distintas: intervenções de enfermagem/programas de intervenção e eficácia das intervenções/ programas de intervenção. No entanto, inicia-se por tecer algumas considerações acerca do percurso metodológico e dos achados gerais da pesquisa.

Assim, considera-se que os critérios de inclusão relativos ao desenho dos estudos primários condicionaram o número total de estudos incluídos, constatando-se alguma escassez de estudos da natureza pretendida, nomeadamente estudos de origem nacional. Sublinha-se a não inclusão de estudos portugueses, pela inexistência de publicação nas bases de dados selecionadas, encontrando-se, no RCAAP apenas um estudo que não responde à questão de pesquisa. Também Petronilho (2012), numa RSL que realizou sobre o auto-cuidado como conceito central da prática de enfermagem, deparou-se com a não-inclusão de estudos de investigadores portugueses, uma vez que estes não se encontravam publicados nas bases de dados selecionadas, apesar de sublinhar a existência de produção científica nacional na área em questão. Apesar da crescente produção científica nacional, reconhece-se que a sua publicação/divulgação continua a não satisfazer as necessidades da comunidade científica, em que esta falta de visibilidade condiciona e compromete o contributo para a melhoria da prática clínica.

Analisando a origem dos estudos que integram a RSL, identifica-se uma forte produção científica, da área em estudo, no oriente, o que revela desde já uma enfermagem de olhos postos no futuro, que reconhece a investigação e aposta em estudos de elevado nível de evidência como uma ferramenta para garantir e promover

a qualidade dos cuidados de enfermagem. Contudo, a visibilidade dada à investigação na área da dependência no autocuidado por FA, pode ser também perspetivada como consequência da elevada incidência deste evento gerador dependência no continente asiático, tal como se verifica na figura 1 (pág.20) segundo dados da OMS (2003), sendo que a mesma fonte aponta para um aumento exponencial de casos de FA.

No que concerne à data de publicação dos estudos, percebe-se que esta temática releva um crescente interesse na pesquisa atual, uma vez que cinco dos sete estudos selecionados apresentam data de publicação referente aos últimos cinco anos. Este dado releva a esfera da dependência por FA como uma área de interesse recente na comunidade científica.

Por outro lado, através da implementação do instrumento de avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados, adaptado do JBI (2011) e aplicando os pontos de corte também utilizados por Magalhães (2013) constatou-se que estes estudos apresentam elevados índices de evidência. Este aspeto fundamental revela a pertinência desta RSL, o que em concordância com a implementação rigorosa do método definido para este percurso de investigação, garantem bons níveis de evidência para a prática clínica. Contudo, perspetivando o tamanho amostral dos estudos, verifica-se heterogeneidade entre os estudos primários, uma vez que este varia entre 50 (E6) e 299 (E5) participantes, sendo que apenas dois estudos apresentam amostra com menos de 100 participantes (E1 e E6).

Observando as características dos participantes que incluem a amostra dos estudos selecionados consegue-se identificar paralelismos com as características epidemiológicas da FA. Assim, como referido na análise da literatura, as FA apresentam maior incidência em mulheres do que em homens (Alves *et al.,* 2007; DGS, 2003; Pereira *et al.,* 2008; OMS, 2007) facto que é exposto em todos os estudos, com excepção do estudo E6. Neste estudo, 64% dos participantes é do sexo masculino, face a 36% do sexo feminino, sendo que Lin *et al.* (2009) justificam esta diferença face às evidências da literatura, pelo facto do estudo se realizar num hospital militar de veteranos, cuja população alvo é predominantemente masculina.

Atendendo à faixa etária das amostras dos sete estudos primários, percebe-se que esta corresponde aos achados da literatura. Assim, assiste-se a uma maior incidência de FA a partir dos 65 anos de idade, reconhecendo-se como pico médio os 80 anos, sendo que a incidência de FA aumenta com a idade (DGS, 2003; OMS, 2003). As amostras dos estudos refletem esta realidade, pelo que os participantes apresentavam mais de 65 anos e idade média superior a 75 anos. À excepção dos estudos E1 e E7 que não expõem o nível de literacia dos participantes, reconhece-se

nos restantes estudos uma percetagem muito significativa de participantes com fraca literacia, o que sem dúvida se poderá relacionar com a sua faixa étaria.

Relativamente ao nível de dependência para o autocuidado prévio à FA, a amostra dos estudos primários apresenta baixo nível de dependência, o que revela capacidade física e funcional pouco comprometida. Apesar de este aspeto reportar para os critérios de inclusão/exclusão previamente definidos, reconhece-se que este facto pode condicionar e influenciar os achados dos estudos, admitindo a capacidade funcional prévia como um fator que facilita a recuperação da independência e autonomia no autocuidado após FA (Beloosesky *et al.,* 2002).

Programas de intervenção/ intervenções de enfermagem

Os programas de intervenção avaliados nos estudos primários desta RSL compreendem diferentes contextos de intervenção, grupos profissionais e tipos de intervenção. Assim, reconhece-se a pertinência da intervenção, dirigida à promoção da autonomia e independência após FA, em diferentes momentos do processo de reabilitação.

Atendendo ao contexto de intervenção nos estudos E2, E3, E4, E5, E6 e também E7, destaca-se a valorização de uma intervenção precoce, iniciada nos primeiros dias pós-cirurgicos, em ambiente hospitalar de cuidados agudos. O planeamento da alta é perspetivado como um dos pilares dos programas de intervenção, sendo que nos estudos E2, E3, E4 e E5 se destaca também a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, já em contexto domiciliário. A descrição destes planos de intervenção surge de acordo com os achados de Beaupre *et al.*, (2005) ao considerar que a implementação precoce de intervenções da área da reabilitação e o planeamento da alta melhoram a capacidade funcional após a FA e diminuem o risco de institucionalização nos seis meses seguintes, sendo que o programa de reabilitação deve iniciar-se no momento da admissão hospitalar e contemplar um tempo médio de internamento de 10 a 14 dias pós-operatórios. O tempo de internamento descrito, em alguns dos estudos incluídos nesta RSL, apresenta uma variabilidade entre 10,23±6,51 dias no estudo E2 e 6,02±2,41 dias no estudo E6. Por outro lado, o estudo E7 revela uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes do grupo de controlo e o tempo de internamento, em que participantes mais velhos permaneceram mais tempo internados. No mesmo estudo, esta correlação estatística não foi significativa no que concerne aos participantes do grupo experimental, com os participantes mais velhos a terem um período de internamento muito similar aos

participantes mais novos. Tendo em conta a homogeneidade dos grupos, estes dados podem indiciar, indirectamente, ganhos consequentes ao plano de intervenção.

Perspetivando a intervenção pós-alta hospitalar, em contexto domiciliário, tal como os achados dos estudos E1, E2, E3, E4 e E5, Ziden *et al.* (2010) reconhecem ganhos significativos decorrentes de programas de reabilitação, que ocorrem nos primeiros seis meses após a alta hospitalar. Segundo o mesmo autor, identificam-se a ganhos a nível da auto-confiança e QV, assim como a nível da autonomia e independência para o autocuidado. Neste sentido, também Auais *et al.,* (2012), numa RSL, valoriza programas de reabilitação prolongados, após a alta hospitalar e regresso a casa, revelando ganhos a nível da capacidade funcional, após FA.

Por outro lado, também a referenciação de casos de FA para a RNCCI reforça a importância e a necessidade de cuidados de reabilitação pós-cuidados agudos hospitalares (RNCCI, 2009; Santos, 2010). Embora nenhum dos estudos primários que desenvolve intervenções após a alta hospitalar apresente um contexto de intervenção similar à realidade exposta pela RNCCI, reforçam a necessidade de cuidados e ganhos relativos a este *timing* de intervenção.

O estudo E1 destaca-se como o único programa de intervenção desenvolvido exclusivamente em contexto domiciliário, sendo que reporta para o *timing* especifico das 16 semanas após a alta hospitalar. Contudo, os autores reforçam que o objetivo do estudo contempla a comparação entre os dois programas de intervenção e não foi desenhado para responder a questões relativas ao *timing* preferencial de intervenção (Binder *et al.,* 2004).

Verifica-se, ainda, que os estudos E2, E3, E4 e E5 atribuem grande destaque, à continuidade do programa de reabilitação no contexto de visitas domiciliárias. Este achado é relevado também por Ziden *et al.,* (2008), que reconhece a evidência da eficácia de programas de reabilitação, com recurso a visitas domiciliárias da equipa de reabilitação.

No que respeita aos grupos profissionais envolvidos nos diferentes programas de intervenção, reconhece-se que a maioria dos programas de intervenção é interdisciplinar (E2, E3, E4, E5), sendo que os estudos E1, E6 e E7 se apresentam como unidisciplinares.

Particularizando o estudo E1, desenvolvido e implementado por fisioterapeutas importa reforçar que o referido programa de intervenção contempla exercícios que visam melhorar a flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora, amplitude articular, velocidade de movimento e reforço muscular a nível dos grandes grupos musculares (Binder *et al.,* 2004), o que remete também para o domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação definidas pela OE (2010). Assim, o enfermeiro especialista em

enfermagem de reabilitação *"maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa"* (OE, 2010, p.2), sendo que *"concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório","demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-repiratória e motora", "ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa", "concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação",* assim, *"ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade nos diferentes contextos (internamento/ domicílio/ comunidade) "* (OE, 2010, p. 2 e 3).

Por outro lado, os estudos E2, E3 e E4 visam um programa interdisciplinar que contempla três componentes: cuidados geriátricos, programa de reabilitação e plano de preparação para alta, pelo que a sua operacionalização envolve diferentes profissionais, entre os quais médicos geriatras e fisiatras, fisioterapeutas e enfermeiros com especialização em geriatria. Analisando-se o papel deste enfermeiro no programa de intervenção, percebe-se que as suas competências remetem para o domínio da prática do enfermeiro de cuidados gerais, bem como do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Assim, este enfermeiro assume um importante papel na avaliação das necessidades de cuidados dos participantes, implementa medidas de controlo de infeção, ensina e treina medidas de prevenção de complicações relativas ao período pós-operatório de FA, bem como, actua na avaliação e controlo da dor (Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.,* 2005). Por outro lado, o mesmo enfermeiro demonstra um desempenho decisivo no programa de reabilitação, visando promover a mobilidade, ensinar e reforçar cuidados relativos ao período pós-operatório de FA, ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado, bem como melhorar a capacidade física e funcional.

A nível do plano de preparação para alta relativo aos estudos E2, E3, E4 e E5, o enfermeiro com especialização em geriatria, também implementa intervenções do domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Assim, tal como na descrição do papel do enfermeiro com especialização em geriatria, o enfermeiro de cuidados gerais *"actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, e pela deficiência"*, *"vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde"*, *"fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação"*, (OE, 2012, p. 14,15 e 18). Já o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *"ensina à pessoa e/ou cuidadoras técnicas específicas de autocidado", "sensibiliza a comunidade para a importância de adoção de práticas*

inclusivas", *"identifica barreiras arquitectónicas"* e *"orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto da vida da pessoa"* (OE, 2010, p.4).

O estudo E5 visa as intervenções relativas aos estudos E2, E3 e E4, sendo que acrescenta outras a nível da prevenção de quedas, avaliação de sintomas depressivos e acompanhamento nutricional, o que se coaduna com o domínio de competências do enfermeiro de cuidados gerais e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para além de perspetivar o papel do enfermeiro na prestação de cuidados aos participantes, inserido num programa interdisciplinar, importa também identificar o papel do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar. Assim, o papel do enfermeiro nos estudos E2, E3,E4 e E5, no seio da equipa interdisciplinar, assume paralelismos com os domínios de competências assumidos por Long *et al.* (2012), nomeadamente a nível da avaliação, coordenação dos cuidados e rotinas, bem como relativos à comunicação interdisciplinar, a nível cuidados gerais, promoção da autonomia, apoio emocional e envolvimento familiar.

A evidência aponta para a eficácia de cuidados prestados com intervenção interdisciplinar, fomentando a reabilitação precoce e o retorno ao nível prévio de independência funcional, como forma de combater a dependência (Chiu *et al.,* 2012; Cochrane Collaboration, 2010; DGS, 2003, Handol, 2009; Jongjit *et al.*, 2003; OE, 2010; SIGN, 2009, Watters & Moran, 2006). Neste sentido, Watters e Moran (2006) consideram que, o modelo de prestação de cuidados, baseado na colaboração e esforço interdisciplinar, favorece resultados significativos nomeadamente a nível da promoção da autonomia e independência em idosos após FA.

A implementação de intervenções/programas de intervenção requer uma avaliação detalhada das necessidades de cuidados dos indivíduos dependentes por FA, o que se espelha em todos os estudos primários desta RSL. Assim, a avaliação inicial e contínua, bem como a identificação das necessidades de cuidados, são reconhecidas por Long *et al.* (2002) como um dos domínios de competências do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar, de forma a maximizar o plano de reabilitação instituído e garantir a continuidade de cuidados de reabilitação.

Atendendo às intervenções implementadas nos diferentes estudos primários, percebe-se, de uma forma transversal, que o ensino, a instrução e o treino de estratégias adaptativas para o autocuidado surgem como pilares dos programas de intervenção (Lin *et al.,* 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.,* 2005), o que reforça o amago da intervenção de enfermagem no processo de transição da dependência para a independência no autocuidado. Desta forma, nota-se a forte representatividade da Teoria do Déficite do Autocuidado de Orem (1995, 2001), citada por McEwen & Wills (2009) e da teoria de

médio alcance de Meleis (2010) pela forte componente da intervenção educativa do enfermeiro, baseada em atitudes que promovem a autonomia e independência no autocuidado (Schaurich & Crossetti, 2010). Por outro lado, Robinson (1999) reforça que os ganhos progressivos e consequentes ao treino de estratégias adaptativas para o autocuidado, se caracterizam como fatores facilitadores do processo de transição relativo ao período de recuperação após FA.

Comparando a intervenção em contexto hospitalar dos diferentes programas de intervenção (E2, E3, E4, E5, E6 e E7) com o exposto no estudo de Beaupre *et al.* (2005), percebe-se a similitude a nível da importância atribuída à promoção da independência e autonomia no autocuidado, sendo que este visa também o ensino e treino a nível de estratégias adaptativas. Assim, destaca-se o ensino e treino de transferência da cama para a cadeira, treino de marcha, ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e ensino e treino de medidas preventivas de complicações no período pós-operatório (Beaupre *et al.,* 2005).

Por outro lado, identificam-se intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar exercícios de reforço muscular, amplitude articular, equilíbrio; propriocepção e/ou marcha (Binder *et al.,* 2004; Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*,2010b; Shyu *et al.*, 2005). Também Beaupre *et al.* (2005) descreve intervenções no âmbito do ensinar e treinar exercícios de fortalecimento muscular, amplitude articular e treino de marcha progressivo com recurso a produtos de apoio. Neste sentido, Auais *et al.,* (2012), numa RSL, define os exercícios que visam melhorar a resistência física, força muscular, flexibilidade, flexão e extensão dos membros, coordenação motora, equilíbrio, rapidez de movimento e a atividade reflexa, bem como reduzir a assimetria decorrente da FA, como aqueles que, integrados em programas de reabilitação, apresentam ganhos a nível da capacidade funcional, contribuíndo para a autonomia e independência no autocuidado, após FA.

As intervenções do âmbito do ensinar e treinar estratégias adaptativas para o autocuidado, bem como o ensinar, instruir e treinar exercícios de reabilitação devem ser perspetivados também como componentes do processo de preparação para a alta. Já Friedman *et al.* (2008) reforça a importância da preparação para a alta como um princípio fundamental para garantir ganhos a nível da independência após FA, sendo também um dos seis domínios de competências do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar (Long *et al.,* 2002).

Os estudos E2, E3, E4, E5 descrevem visitas domiciliárias com o objetivo de identificar barreiras arquitectónicas e aconselhar estratégias para a gestão do ambiente físico, no sentido de facilitar o processo adaptativo do idoso à sua nova

condição de saúde. As visitas domiciliárias permitem aos profissionais reconhecer as necessidades dos participantes e familiares relativas a estas mesmas estratégias, bem como facilitar e promover a adesão ao regime terapêutico, especificamente a nível de exercícios de reabilitação que promovem a autonomia e independência após FA, bem como, ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado. Neste sentido, reforça-se que a identificação de barreiras arquitectónicas e a sugestão de estratégias para a gestão do ambiente físico, surgem como intervenções fulcrais no âmbito do domínio de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (OE, 2010).

Analisando as dinâmicas dos programas de intervenção, percebe-se, nomeadamente nos estudos E2, E3, E4, E5, E6 e E7, preocupação a nível da avaliação, monitorização e controlo da dor. Já Robinson (1999) considera que o desconforto físico, relacionado com dor e fadiga, se apresentam como fatores inibidores do processo de transição inerente à recuperação após FA. Neste sentido os resultados do estudo E5 sugerem que os participantes do grupo experimental, a quem foi implementado um programa de reabilitação de maior intensidade revelaram maior perceção de dor (Shyu *et al.*, 2012b). Por outro lado, o estudo E7, identifica que, devido a maior interação dos enfermeiros com o grupo experimental e implementação de intervenções dirigidas para o controlo da dor, este grupo refere menos sensação de dor face ao grupo não intervencionado (Olsson *et al.*, 2007). Assim, destaca-se a eficácia a nível do controlo da dor como um fator importante na adesão ao regime terapêutico, em que participantes com dor controlada apresentam maior disposição para sair da cama e participar activamente no programa de reabilitação e na concretização das AVD (Olsson *et al.*, 2007).

Por outro lado, o estudo E6 apresenta um carácter inovador face aos restantes estudos utilizando um guia/manual de educação para a saúde como material didático de suporte ao programa de intervenção, nomeadamente às intervenções do domínio do ensinar e instruir. Segundo os autores, a elaboração deste guia de educação para a saúde teve por base uma revisão bibliográfica da literatura e a exposição a um painel de peritos (Lin *et al.,* 2009), o que reforça o nível de qualidade metodológica deste estudo. Assim, o recurso a material didático, que espelhe fundamentação e evidência científica, deve ser considerado como um recurso nas intervenções de enfermagem, tendo em conta as características dos clientes. Perspetivando já os ganhos com a implementação deste recurso, os autores reforçam os resultados deste tipo de intervenção em outros estudos (Liang & Huang, 2004), reconhecendo ganhos a nível do conhecimento acerca do processo de reabilitação após FA e estratégias adaptativas para o autocuidado.

O estudo E7 valoriza a motivação dos participantes e a adesão ao regime terapeutico, pelo que o processo de transição da dependência para a independência no autocuidado, é condicionado por programas de reabilitação ajustados às suas necessidades e habilidades (Olsson *et al.*, 2007).

A avaliação do programa contemplado no estudo E5 valoriza um aspeto também relacionado com a dependência no autocuidado: prevenção de quedas, uma vez que estes eventos estão na origem da maioria das FA. Esta questão surge como uma prática que, segundo Bergstrom *et al.* (2009), deve ser adoptada face às alterações demográficas, no universo da FA, impondo uma mudança a nível dos serviços de saúde, reconhecendo as quedas como um problema de saúde pública (OMS, 2007). Tal como o estudo E5, Sydenham (2008) numa RSL sobre prevenção de quedas em idosos, destaca intervenções a nível do aconselhamento e informação de cariz educacional e visitas domiciliárias, reforçando a pertinência da intervenção do profissional de saúde de forma a advogar conselhos sobre a gestão do ambiente físico, promoção da atividade física e a redução de perigos e agentes promotores de queda.

Relativamente ao envolvimento do PC, verifica-se que nenhum dos programas de intervenção assume este cuidador como o centro das intervenções. Paralelamente às intervenções dirigidas à pessoa com dependência por FA, o estudo E6 procura envolver e desenvolver competências do PC, tal como os estudos E2, E3, E4 e E5 avaliam e identificam necessidades de cuidados, quer dos participantes quer dos seus PC. Porém estas intervenções não são descritas em pormenor nos estudos, sendo apenas referido a referenciação a serviços de apoio na comunidade. Neste sentido, Petronilho (2012) reforça que devido à mudança do paradigma de cuidados e às questões económicas da saúde, associadas a recursos limitados e à contenção de custos, assiste-se à necessidade de capacitar as famílias para a adaptação aos desafios de saúde. Assim, o envolvimento e o desenvolvimento de competências do PC assumem-se já como boas práticas (SING, 2009), sendo que a maioria dos idosos hospitalizados por FA, regressam ao domicílio e o papel de PC é assumido, maioritariamente pela família (Alves *et al.,* 2007).

Face a este cenário sociopolítico que remete para as famílias uma grande responsabilidade na continuidade de cuidados, nomeadamente para os que têm a seu cuidado familiares idosos submetidos a tratamento cirúrgico de FA esperava-se que os estudos espelhassem nos seus programas, intervenções dirigidas ao PC, perspetivadas na otimização da recuperação funcional da pessoa idosa e na transição para o papel de PC.

Eficácia dos programas de intervenção

Perspetivando os *outcomes* definidos nos diferentes estudos primários verifica-se uma homogeneidade nesta escolha, sendo que como *outcomes* primários se destaca a independência para o autocuidado e a perceção da QV. Assim, a avaliação da eficácia e dos resultados dos estudos primários é realizada em função destes indicadores.

Neste sentido, em todos os estudos primários assiste-se à avaliação do impacte das intervenções não só a nível da capacidade funcional e consequente dependência no autocuidados, mas também à avaliação do impacte a nível da QVRS. Porém, Chiu *et al.* (2012) reconhece que os programas de reabilitação após FA incidem maioritariamente em aspetos físicos da saúde, nomeadamente a capacidade funcional e a independência na realização de AVD, desvalorizando aspetos não-físicos como a perceção da QV. Contudo, percebe-se que aspetos físicos que condicionem situações de dependência no autocuidado apresentam repercussões a nível da perceção da QV.

Para avaliar a perceção da QVRS seis dos sete estudos recorreram ao questionário SF-36. Segundo Mendes (2009, p. 15) o questionário SF-36 avalia a *"perceção que os indivíduos apresentam sobre a sua própria saúde, e é considerado o mais utilizado na avaliação da perceção que os indivíduos apresentam do seu estado de saúde, sendo também o mais estudado e publicado em jornais e revistas científicas"*. O estudo E7 recorre à utilização da escala CEDER, que pretende avaliar a perceção geral da saúde, relacionando-a também com a perceção da QV.

No estudo E1 a melhor perceção da QVRS dos participantes do grupo experimental, é assumida pelos autores como consequência dos ganhos a nível da autonomia e independência para o autocuidado, mas também pelo reforço da função social devido à interação social com os investigadores e com os pares durante as sessões (Binder *et al.,* 2004).

Assim, importa reter a importância dos cuidados de enfermagem e de enfermagem de reabilitação não só pelo importante papel a nível da capacidade funcional para a promoção da autonomia e independência no autocuidado após FA, mas também reconhecer o papel relevante a nível da promoção da função social que contribui para a melhor perceção da QVRS. Esta questão é reforçada pela OE (2010, p.3), ao afirmar que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *"concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade"*.

Tendo em conta a capacidade funcional e as AVD mais avaliadas (higiene pessoal, uso do sanitário, marcha, subir e descer escadas e alimentar-se), o estudo E6 sublinha que aos três meses após FA, as esferas do autocuidado mais comprometidas são o tomar banho

e subir e descer escadas. Estes dados são em parte corroborados por Alarcón e González-Montalvo (2004) que identificam como AVD mais prejudicadas, após FA, o autocuidado higiene, o vestir/despir e as transferências. Assim, as intervenções dos estudos estavam orientadas para promover a independência e autonomia no autocuidado, traduzindo-se em menores níveis de dependência. Este aspeto é reforçado por Lin *et al.* (2009) ao afirmar que, aos três meses após FA, 90% dos participantes do grupo experimental demonstra a mesma capacidade para a realização das AVD prévia à fratura, atingindo estes resultados mais cedo do que o grupo de controlo. Os autores justificam este facto uma vez que os participantes de ambos os grupos apresentavam capacidade funcional prévia à FA preservada, o que favoreceu a recuperação funcional após intervenção cirúrgica. Neste sentido, Svensson *et al.,* (1996) defende a independência prévia à FA como um fator preditivo e favorável à recuperação de independência, sendo que também Alarcón e González-Montalvo (2004) consideram que a capacidade funcional prévia influencia não só a capacidade de marcha como a capacidade para a concretização das restantes AVD.

Por outro lado, os estudos primários desta RSL prevêm apenas a avaliação do impacte das intervenções a nível da dependência para o autocuidado e capacidade funcional para a realização das AVD, associada a QVRS, não referindo a avaliação do custo/eficácia destas mesmas intervenções/programas de intervenção. Perspetivando os estudos em causa, compreende-se que programas longitudinais e com maior duração apresentem custos mais elevados, sendo que se considera que a diferença entre o custo, a longo prazo, seria justificada com os ganhos a nível da independência no autocuidados e melhor perpcepção da QV e, consequentemente, diminuição da necessidade de cuidados posteriores (Shyu *et al.*, 2010a).

Transpondo esta questão para a realidade nacional, já Branco *et al.* (2009) considera que os custos estimados em Portugal para episódios de FA não refletem os gastos reais, uma vez que não contemplam aqueles relativos à recuperação funcional e às necessidades de apoio social e familiar, bem como os relativos ao negativo impacte na resposta de tratamento de outras indicações e re-internamentos. Neste sentido, o estudo E4, implementado ao longo de dois anos, revela que os participantes do grupo experimental apresentaram menos episódios de urgência e de quedas, porém, reconhecendo maior número de quedas entre o primeiro e segundo ano após FA, do que entre a alta hospitalar e o primeiro ano (Shyu *et al.*, 2010a). Os autores relacionam esta questão com a diminuição da intensidade das intervenções do programa, bem como pelo maior espaçamento no *timing* da avaliação.

Atendendo aos *outcomes* secundários, nomeadamente no que concerne à prevenção de quedas, contemplada no estudo E5, os resultados estatísticos não são

revelados na publicação incluída nesta RSL, sendo que os autores consideram que estes se associam às consequências na capacidade física, perceção geral de saúde e pecepção da QV (Shyu *et al.*, 2012b). Assim, numa publicação posterior destaca-se que os resultados do grupo experimental não foram estatisticamente significativos, face aos do grupo de controlo, a nível dos episódios de quedas (Shyu *et al.*, 2013). Este dado é explicado pelos autores devido à componente multifatorial responsável pelos episódios de queda, reconhecendo a dificuldade dos participantes na mudança e adoção de comportamentos preventivos.

Ainda no que concerne aos *outcome* secundários, o estudo E7 avalia a incidência de úlceras de pressão, revelando um maior número de ulceras de pressão nos participantes do grupo de controlo comparativamente ao grupo experimental (Olsson *et al.*, 2007). Os autores atribuem estes resultados à mobilização precoce que caracteriza o programa de intervenção do grupo experimental, bem como aos exercícios que contribuem para a capacidade de mobilização e marcha. Brown *et al.* (2009) reforça que, em média, os idosos hospitalizados, mantêm-se durante mais tempo no leito, mesmo apresentando capacidade funcional para marcha, o que contribui para um atraso na recuperação funcional, caracterizado pela perda de massa e força muscular, diminuição da capacidade de resistência à atividade física e alterações sensoriais (Resnick *et al.,* 2011).

Ainda relativamente ao estudo E7, embora o enfermeiro não apresente um papel tão relevante na preparação da alta, nomeadamente através de visitas domiciliárias, como acontece nos estudos E2, E3, E4, e E5, esta também é perspetivada precocemente, sendo que no grupo experimental, o apoio da assistente social foi solicitado, em média, 10 dias mais cedo e a alta antecipou-se cerca de cinco dias, em comparação ao grupo controlo.

Posteriormente, Olsson, Hansson*,* Ekman e Karsson (2009) realizaram um estudo que pretendeu avaliar os custos e eficácia do programa de intervenção apresentado no estudo E7, sendo que este revelou-se mais económico e eficaz do que os cuidados habituais prestados após FA. Este facto compreende-se, uma vez que a alta dos participantes do grupo experimental ocorre mais cedo, e consequentemente, os custos com a logística também diminuem, a par de uma redução de custo noutras áreas como a farmacêutica, exames complementares de diagnóstico e cuidados gerais e de reabilitação relativos ao período pós-operatório (Olsson *et al.* 2009). Por outro lado, os mesmos autores destacam que a avaliação, no momento da admissão no serviço, permite direcionar os cuidados relativamente ao potencial de reabilitação dos participantes, atendendo ao princípio que a reabilitação após correção cirúrgica de FA deve iniciar-se o mais precocemente possível, de forma a contrariar a perda de capacidade física e funcional provocada pelo alectuamento. Este estudo perspetiva também ganhos a nível do custo-eficácia do programa apresentado,

relativamente ao período pós-alta hospitalar, partindo do princípio que pessoas mais dependentes por FA necessitaram de mais cuidados na comunidade, quer no âmbito de reabilitação, quer na satisfação das AVD.

Neste sentido, reconhece-se a importância da intervenção da enfermagem, quer através de programas unidisciplinar ou interdisciplinares na promoção da autonomia e independência após FA.

CONCLUSÂO

Ao longo desta dissertação, destaca-se a FA como evento gerador de dependência no autocuidado, com elevada incidência na população idosa, associado a fatores de risco major, como a osteoporose e quedas de baixo impacte, sendo que as mulheres são mais acometidas do que os homens. Atendendo às estimativas para o envelhecimento populacional, quer a nível nacional quer mundial, este problema de saúde, associado a diferentes níveis de dependência no autocuidado e consequentes custos sociais, tenderá a aumentar (Bergstrom *et al.* 2009; DGS, 2003, OMS, 2003).

Assim, reconhece-se a importância dos cuidados de saúde associados à FA a todos os níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As intervenções em saúde no domínio da FA não só perspetivam o tratamento da fratura, baseada nos princípios da prevenção secundária, mas também a recuperação da autonomia e independência no autocuidado após FA, relativa à prevenção terciária, bem como no âmbito da prevenção primária, através da prevenção da osteoporose e de quedas.

Analisando a FA como evento gerador de dependência, reconhece-se o impacte a nível da mortalidade e morbilidade (Costa *et al.*, 2009b, Pina *et al.*, 2008), perda de independência (DGS, 2003; RNCCI, 2009; Robinson, 1999; Rocha *et al.,* 2009) bem como a nível social (Branco *et al.*, 2009; Ekstrom *et al.* 2009; Hagsten *et al.*, 2006). Compreende-se que o impacte social, caracterizado pela diminuição da participação social do idoso vítima de FA e pela necessidade de se identificar um PC no seio familiar, surge como consequência da dependência no autocuidado, associado à perda de capacidade funcional (Branco *et al.*, 2009; RNCCI, 2009; Santos, 2010).

As mesmas fontes reconhecem que a dependência no autocuidado condiciona a necessidade de cuidados de saúde prolongados no tempo, bem como, precipita numerosos casos de institucionalização. Assim, esta RSL procurou averiguar quais as intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da autonomia e independência no autocuidado, após tratamento cirúrgico de FA e identificar as que se têm revelado mais eficazes.

A evidência aponta para uma abordagem centrada em cuidados interdisciplinares (Cochrane Collaboration, 2010; DGS, 2003; Mak *et al.*, 2010; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005; SIGN, 2009), sendo que se reconhece o

importante papel do enfermeiro no seio da equipa (Long *et al,* 2002; OE, 2003; Olsson *et al.*, 2007; Svensson *e al.,* 1996), nomeadamente no que concerne à reabilitação e recuperação da capacidade funcional após FA.

Perspetivando as intervenções de enfermagem e de enfermagem de reabilitação dirigidas para a promoção da autonomia e independência no autocuidado após FA, estas assumem relevante eficácia no que concerne ao contexto agudo, ainda em período pós-operatório de correcção cirúrgica de FA (Lin *et al.,* 2009; Olsson *et al.*, 2007*)*, bem como em contexto domiciliário, em sessões de reabilitação realizadas em grupo ou em sessões individuais, realizadas no domicílio, através de visitas domiciliárias (Binder *et al.,* 2004; Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu, *et al.,* 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005).

Por outro lado, reconhece-se a importância de cuidados de reabilitação precoces e continuados (Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.,* 2005), valorizando a importância da continuidade de cuidados de reabilitação de forma a promover autonomia e independência no autocuidado, garantir a eficácia a nível do ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado no domicílio, bem como de promover a adesão ao regime terapêutico.

Relativamente ao *timing* de implementação dos programas, os estudos corroboram que o impacte das intervenções de enfermagem a longo prazo, não só a nível do autocuidado, mas também no que concerne à perceção da QVRS. Assim, os resultados de três estudos primários, tendo por base o mesmo plano de intervenção, evidenciaram impacte a nível de promoção da independência e autonomia no autocuidado, quer a nível da perceção da QV, ao final de 3 meses (Shyu *et al.,* 2005), ao final de um ano (Shyu *et al.*, 2010a) e ao final de dois anos (Shyu *et al.*, 2010b).

Tendo em conta as intervenções de enfermagem implementadas em contexto hospitalar, destaca-se a intervenção precoce a nível da mobilização no leito, marcha, fortalecimento muscular, amplitude articular, equilíbrio, propriocepção e estratégias adaptativas para o autocuidado, de forma de facilitar o processo de transição da dependência para a independência no autocuidado (Lin *et al.*, 2009; Olsson *et al.*, 2007; Shyu *et a.,* 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.,* 2005). Salienta-se, ainda, que as intervenções remetem para ações do âmbito do ensinar, instruir e treinar, revelando uma forte componente educacional da intervenção do enfermeiro, sendo a educação para saúde perspetivada como competência essencial na preparação para a alta, também nestes programas de intervenção.

Ainda em contexto hospitalar, as intervenções no âmbito da monitorização e controlo da dor apresentam também relevância, sendo que a dor é reconhecida como fator

inibidor ao processo de transição (Robinson, 1999) da dependência para a independência após FA, limitando a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a nível dos exercícios de reabilitação da capacidade funcional e treino de estratégias adaptativas. Perspetivando o processo de transição vivenciado pelos idosos dependentes por FA, Olsson *et al.* (2007) destaca e valoriza a motivação e o envolvimento destes no plano de reabilitação, reconhecendo este fator facilitador do processo de transição

A nível domiciliário, os programas de intervenção prevêem não só a adesão ao regime terapêutico, nomeadamente no que concerne a exercícios de recuperação da capacidade funcional (Binder *et al.,* 2004), mas também remetem, mais uma vez, para o ensino e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado (Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al*., 2005), reforçando a importância do acompanhamento do processo de transição para o contexto domiciliário.

Os programas de intervenção descritos e avaliados revelam eficácia na promoção da autonomia e independência no autocuidado, em idosos dependentes após FA, reconhecendo-se ganhos a nível do desempenho independente das AVD, mas também a nível da perpecção da QVRS. No que concerne à eficácia a nível do autocuidado esta surge associada a ganhos no âmbito da capacidade funcional, nomeadamente no que respeita à coordenação motora, capacidade de flexão da anca, força muscular, capacidade e velocidade de marcha e equilíbrio. A nível da perpcepção da QV, os participantes reconhecem-se como mais independentes, com melhor vitalidade, melhor saúde mental, mais capacidade funcional, e melhor desempenho social (Lin *et al.*, 2009; Shyu *et al.*, 2012b; Shyu *et al.*, 2010a; Shyu *et al.*, 2010b; Shyu *et al.*, 2005).

Neste sentido, como implicações para a prática clínica, reconhece-se a importância de um intervenção precoce e interdisciplinar, no pós-operatório, favorecendo a capacidade funcional e o desempenho autonomo e independente a nível do autocuidado, com intervenções do domínio do ensinar, instruir e treinar. Para tal o planeamento dos cuidados de enfermagem deve atender e valorizar os fatores inibidores e promotores deste processo de transição. Por outro lado, reforça-se a importância de garantir a continuidade de cuidados de reabilitação após a FA, a nível domiciliário, de forma a maximizar os ganhos já obtidos, melhorar a capacidade funcional e o desempenho ao nível das AVD.

Assim, percebe-se a importância do papel do enfermeiro na promoção da autonomia e independência no autocuidado, após FA, caracterizado por intervenções direcionadas para ganhos a nível da capacidade funcional e desempenho nas AVD, que se traduzem numa melhor perceção de QVRS. Contudo, verificam-se ainda lacunas, na área de intervenção da dependência por FA, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de competências do PC, pelo que se deixa, desde já o desafio para investigações futuras.

Aproveita-se este espaço para salientar a importância da publicação da produção científica nacional, nomeadamente a nível da enfermagem, enfermagem de reabilitação, mais especificamente no que concerne à temática da dependência no autocuidado por FA.

Limitações do Estudo

A presente RSL apresenta algumas limitações inerentes às opções metodológicas tomadas, e outras relativas aos estudos primários incluídos. Como limitações relativas à metodologia definida destaca-se o facto de a investigação contemplar apenas estudos em português, inglês e espanhol, sendo que outros estudos publicados em outras línguas ficaram excluídos, reconhecendo a possibilidade de exclusão de estudos com evidência científica relevante para a temática. A mesma situação reporta para a definição temporal da publicação dos estudos, considerando-se apenas as publicações dos últimos 10 anos.

Por outro lado, a exclusão de estudos que incluissem indivíduos com comprometimento do estado cognitivo, que dificulte ou impeça a adesão ao regime terapêutico, constituem, também, uma importante limitação. Esta questão é percebida por Shyu *et al.* (2010b) ao admitirem que a exclusão de idosos com compromisso cognitivo impede a generalização dos resultados de intervenção a toda a população de idosos vítimas de FA, reconhecendo a ocorrência deste evento gerador de dependência também associado ao compromisso cognitivo. Contudo, esta decisão prende-se com o reconhecimento de que o estado motor e funcional prévio à FA, face ao estado cognitivo, se apresenta como fator mais preponderante e preditor da recuperação funcional após FA (Beloosesky *et al.*, 2002).

Também como critério de inclusão definido surge a independência prévia para o autocuidado, sendo excluídos estudos que incluam na amostra idosos previamente institucionalizados ou dependentes. Este critério surge exposto em todos os estudos selecionados, sendo que Binder *et al*. (2004) reconhece que os resultados não podem ser generalizados a toda a população idosa vítima de FA, nomeadamente idosos institucionalizados. Tal como refere Shuy *et al*. (2010), os participantes dos estudos que integram a amostra poderão apresentar melhor capacidade funcional do que a generalidade da população afectada por FA.

No que concerne ao critério de inclusão que se reporta para participantes com mais de 65 anos considera-se que este aspeto pode também surgerir uma limitação do estudo. Assim, verifica-se que noutros contextos a idade assumida para definir idoso remete para os 60 anos, contrariamente aos 65 definidos nesta RSL. Desta forma, compreende-se que poderão não ter sido selecionados estudos relevantes para a temática de estudo.

Por outro lado, tendo em conta os estudos primários, percebe-se uma grande variabilidade quer a nível dos protocolos da intervenção (tipo atividades, componentes dos exercícios, duração, frequência, intensidade, contexto, profissionais envolvidos) como a nível das opções metodológicas, dificultando a sistematização dos resultados e condicionando a comparação dos resultados e achados dos estudos. Salientando as opções metodológicas confirma-se o recurso a instrumentos de avaliação com diferentes sensibilidades para a capacidade funcional e desempenho nas AVD, o que poderá condicionar a comparação da eficácia dos diferentes programas de intervenção. Assim, reconhece-se a utilização do índice de Barthel em quatro dos sete estudos incluídos nesta RSL, o qual revela fragilidade na sensibilidade para "*pequenos ganhos*" a nível da capacidade para o desempenho do autocuidado, o que pode constituir uma limitação na avaliação da eficácia dos programas de intervenção.

Considera-se que a análise individual dos estudos primários (ANEXO I pág.121) e avaliação da qualidade metodológica dos estudos (ANEXO II, pág.137) concorreram para a minimização de possíveis vieses. Atendendo ainda a limitações dos estudos primários, reconhece-se a possibilidade de disparidades e diferenças no que concerne aos cuidados prestados aos grupos de intervenção e controlo, tendo em conta os diferentes contextos socioeconómicos e culturais em que as pesquisas foram realizadas. Assim, Shyu *et al.*, (2010b) consideram a possibilidade de os cuidados prestados ao grupo de controlo poderem ser diferentes e de menor qualidade comparativamente aos disponibilizados no sistema de saúde em países ocidentais, o que pode extrapolar os resultados da intervenção.

Implicações para Investigações Futuras

De forma a aprofundar a temática desta RSL, considera-se pertinente, no futuro, delinear a mesma estratégia visando publicações em outras línguas e com maior horizonte temporal. A questão de abranger publicações em outras línguas visa a inclusão de possíveis achados científicos excluídos por este critério, ao passo que o alargamento do horizonte temporal permitiria identificar diferenças nas intervenções implementadas, de acordo com o nível de conhecimento científico à data da publicação bem como com nível de desenvolvimento da profissão de enfermagem. Considera-se ainda pertinente alargar a pesquisa por critério de referenciação secundária, nomeadamente através de referências bibliográficas dos artigos incluídos, bem como aceder a alguns estudos excluídos por não se encontrar acessível a publicação em texto integral, de forma a melhor compreender o fenómeno do estudo.

Por outro lado, os achados da presente RSL, não incluem estudos realizados em contexto nacional, apesar da pesquisa no RCCAP, o que de certa forma remete para a

pouca visibilidade da investigação portuguesa, nomeadamente a nível da enfermagem e de enfermagem de reabilitação na temática da dependência no autocuidado por FA, pelo que se reforça o interesse em, futuramente, desenvolver e aprofundar investigação nacional nesta temática.

Contrariamente ao esperado, nos estudos selecionados, pouco se reporta para a intervenção com o PC, no sentido de promover o processo de transição para este papel. Assim, nos estudos selecionados que contemplam o PC, este é assumido como um recurso à prestação de cuidados, sendo que as intervenções que lhe são dirigidas não são explicitas, descritas e/ou avaliadas, pelo que este facto deve ser alvo de atenção em projectos futuros. Tal como refere Gomez e Curcio (2007) é importante contemplar na avaliação dos programas de intervenção, não só os benefícios para o idoso, mas também as repercussões na sua família e nos serviços de saúde.

Atendendo às limitações da presente RSL, previamente reportadas, considera-se que investigações futuras deverão perspetivar intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção da autonomia e independência no autocuidado, em idosos após FA, contemplando idosos com compromisso cognitivo e/ou compromisso prévio da capacidade funcional, institucionalizados, porque a literatura reporta de forma consistente, taxas de incidência de queda associadas a fratura da extremidade proximal do fémur, mais elevadas neste contexto (Menzies, Mendelson, Kates, & Friedman, 2010; Yiannopoulou Yiannopoulou, Anastasiou, Ganetsos, Efthimiopoulos & Papageorgiou 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, T., & González-Montalvo, J. (2004). Fratura osteoporótica de cadera: Factores predictivos de recuperación funcional a corto y largo plazo. *Anales de Medicina Interna, 21*, 49-58. doi: 0.4321/S0212-71992004000200010.00.

Almeida, M. (2009). *Saúde e Qualidade de Vida em Análise: Bem-estar, qualidade de vida e apoio social dos idosos com mais de 75 anos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. Porto. Acedido a 15-06-2013. Disponível em http://www.esenf.pt/fotos/editor2/ebooksqv.pdf.

Alves, S., Pina, M., & Barbosa, M. (2007). Epidemiologia das Fraturas do Fémur em Portugal: Fraturas do Colo do Fémur versus Fraturas de Outras Localizações Não Especificadas do Fémur. *Arquivos de Medicina*, 21, 77-81. Acedido a 20-05-2013. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000300002&nrm=iso.

Andrade, C. (2009). Transição para Prestador de Cuidados – Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem. *Pensar Enfermagem, 13*, 61-71. Acedido a 01-04-2013. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf.

Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga. Acedido a 02-04-013. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf.

Araújo, O. (2008). Idosos Dependentes – Impacte Positivo do Cuidar na Perspectiva da Familía. *Sinais Vitais*. Acedido a 25-02-2013. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20901/1/Artigo%20Sinais%20Vitais.pdf.

Auais, M., Eilayyan, O., & Mayo, N. (2012). Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy, 92*(11), 1437-1451. doi: 10.2522/ptj.20110274ptj.20110274.

Augusto, B., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, Ribeiro, I… Gonçalves, J. (2002). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formassau.

Beaupre, L., Cinats, J., Senthilselvan, A., Scharfenberger, A., Johnston, D., & Saunders, L. (2005). Does Standardized Rehabilitation and Discharge Planning Improve Functional Recovery in Elderly Patients With Hip Fracture? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(12), 2231-2239. doi: 10.1016/j.apmr.2005.06.019.

Beloosesky, Y., Grinblat, J., Epelboym, B., Weiss, A., Grosman, B., & Hendel, D. (2002). Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups. *Clínical Rehabilitation, 16*(3), 321-328. doi: 10.1191/0269215502cr497oa.

Berwanger, O., Suzumura, E., Buehler, A., & Oliveira, J. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 19*,

475-480. doi: 10.1590/S0103-507X2007000400012.

Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a Systematic *Literature Review in Nursing – a step-by-step Guide*. Glasgow: RCN Publishing Company.

Binder, E., Brown, M., Sinacore, D., Steger-May, K., Yarasheski, K., & Schechtman, K. (2004). Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: a randomized controlled trial. *JAMA, 292*(7), 837-846. doi: 10.1001/jama.292.7.837.

Bourgenois, S., Blanchard, D., & Nelson, K. (2012). Assesing competence during professional experience placements for undergraduate nursing students: a systematic review. *JBI database of systematic review and implementation reports,* 10, 27-39. Acedido a 10-06-2013. Disponível em http://www.joannabriggslibrary.org/jbilibrary/index.php/jbisrir/article/view/253/384.

Branco, J., Felicíssimo, P., & Monteiro, J. (2009). A Epidemiologia e o Impacto Sócio-económico das Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur: Uma Reflexão sobre o Padrão Actual de Tratamento da Osteoporose Grave. *Acta Reumatológica Portuguesa, 34*, 475-485. Acedido a 15-03-2013. Disponível em http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/3-09.pdf.

Brown, C., Redden, D., Flood, K., & Allman, R. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *Journal of American Geriatric Society, 57*(9), 1660-1665. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02393.

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today, 31*(8), 1-7. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.025.

Câmara, P. (2011). *Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fratura de extremidade proximal do fémur*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa. Portugal Acedido a 06-06-2013. Disponível em : http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10114/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf.

Ceder, L., Thorngren, K., & Wallden, B. (1980). Prognostic indicators and early home rehabilitation in elderly patients with hip fractures. *Clinical Orthopedics and Related Research* (152), 173-184. doi: 10.1097/00003086-198010000-00019.

Centre for Reviews and Dissemination. (2008). Systematic Reviews: CRD's Guidance for Systematic Reviews in Health Care. *University of York ed*. Acedido a 07-04-2013. Disponível em: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf.

Chin, R., Ng, B., & Cheung, L. (2008). Factors predicting rehabilitation outcomes of elderly patients with hip fracture. *Hong Kong Medical Journal, 14*(3), 209-215. Acedido a 21-02-2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525090.

Chiu, M., Hwang, H., Lee, H., Chien, D., Chen, C., & Lin, M. (2012). Effect of fracture type on health-related quality of life among older women in Taiwan. *Archives of Physical Medical Rehabilitation 93*(3), 512-519. doi: 10.1016/j.apmr.2011.11.001.

Cochrane Collaboration (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions *Version 5.0.2.* Acedido a 06-04-2013. Disponível em http://cochrane-handbook.org.

Cochrane Collaboration (2010). Do Older People with Hip Fractures Benefit from Multidisciplinary Rehabilitation? Nursing Times 106, 29. doi: 10.1002/14651858.

Cochrane Collaboration. (2002). Open Learning Material for Reviews: Version 1.1. Acedido a 03-04-2013. Disponível em http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod0.htm.

Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III série- nº 9*, 163-172. doi: 10.12707/RIII12142.

Costa, J., Ribeiro, A., Bogas, M., Costa, L., Varino, C., & Rodrigues, A. (2009a). Mortality and functional impairment after hip fracture - A prospective study in a Portuguese population. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34. Acedido a 19-02-2013. Disponível em: http://www.spreumatologia.pt/sites/spreumatologia.pt/files/publications/articles/ARP_2009_4_618_11__AO_-_Hip_Fracture_ARP2009_109AO.pdf.

Costa, J., Ribeiro, A., Bogas, M., Varino, C., Costa, L., & Rodrigues, A. (2009b). Estudo epidemiológico das fraturas do fémur proximal no distrito de Viana do Castelo: incidência e frequência de factores de risco. *Acta Reumatológica Portuguesa,* 3. Acedido a 19-02-2013. Disponível em http://*www.actareumatologica.com/article_download.php?id=439*.

Costa, L., Saraiva, M. Costa, A. & Barroso, T. (2007). Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. *Escola Anna Nery, 11*, 515-519. doi: 10.1590/S1414-81452007000300001.

Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*, 127-136. Acedido a 09-05-2013. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14.pdf.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série – A Nº 109, 3856-3865.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso-Recomendações para intervenção terapêutica*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Acedido a 27-03-2013. Disponível em *http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20f%C3%A9mur%20no%20idoso.pdf.*

Direcção-Geral da Saúde. (2008a). *Circular informativa nº12/DSCS/DPCD/DSQC: Orientação Técnica para a utilização da absorsiometria radiológica de dupla energia (DEXA)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 29-03-2013. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009644.pdf.

Direcção-Geral da Saúde. (2008b). *Circular informativa nº12/DSCS/DPCD/DSQC: Orientação técnica sobre suplemento de Cálcio e Vitamina D em Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 29-03-2013. Disponível em *http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009645.pdf.*

Ekstrom, W., Nemeth, G., Samnegard, E., Dalen, N., & Tidermark, J. (2009). Quality of life after a subtrochanteric fracture: a prospective cohort study on 87 elderly patients. *Injury Journal, 40*(4), 371-376. doi: 10.1016/j.injury.2008.09.010.

Eurostat. (2013). Índice de envelhecimento na Europa. Acedido a 04-04-2013. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/pt.

Evans, D., & Pearson, A. (2001). Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Jornal of Clínical Nursing, 10*(5), 593-599. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.0051.

Ferreira, P. (2000) Criação da Versão Portuguesa dos MOS Sf-36 Parte I: Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13, 55-66.* Acedido a 11-11-2013. Disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760/1337.

Friedman, S., Mendelson, D., Kates, S., & McCann, R. (2008). Geriatric co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population. *Journal of Americal Geriatric Society, 56*(7), 1349-1356. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01770.

Galvão, C., Sawada, N., & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidencias na Pratica da Enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* doi: 10.1590/S0104-11692004000300014.

Gomez, F., & Curcio, C. (2007). The development of a fear of falling interdisciplinary intervention program. *Clínical Intervention Aging, 2*(4), 661-667. doi: 10.2147/CIA.S.

Hagsten, B., Svensson, O., & Gardulf, A. (2006). Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop, 77*(1), 114-119. doi: 738520556.10.1080/17453670610045786.

Handol (2009) Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.

Holt, G., Smith, R., Duncan, K., Hutchison, J. & Gregori, A. (2008). Outcome after surgery for the treatment of hip fracture in the extremely elderly. The *Jounal of Bone & Joint Surgery, 90*(9), 1899-1905. doi: 10.2106/JBJS.G.00883

Internacional Council of Nurses (2012). *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Internacional Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística (2013a). Esperança de vida à nascença: total e por sexo em Portugal. Acedido a 14-03-2013. Disponível em http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418.

Instituto Nacional de Estatística (2013b). Indicadores de envelhecimento segundo os Censos em Portugal. Acedido a 14-03-2013. Disponível em: .http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525.

Jette, A., & Cleary, P. (1987). Functional disability assessment. *Physical Therapy, 67*(12), 1854-1859. Acedido a 5-06-2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3685112.

Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. The Joanna Briggs Institute. Australia. Acedido a 4-4-2013. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf

Jongjit, J., Komsopapong, L., Songjakkaew, P., & Kongsakon, R. (2003). Health-related quality of life after hip fracture in the elderly community-dwelling. *Southeast Asian Journal Medical Public Health*, 34(3), 670-674. Acedido a 25-04-2013. Disponível em http://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2003_34_3/36-3077.pdf.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185, 914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

Koivunen, M., & Saranto, K. (2012). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Library of systematic reviews*, 57, 3894-3906. Acedido a 07/07/2013. Disponível em http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7299.

Kumar, G. (2012). Protocol-guided hip fracture management reduces length of hospital stay. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(11), 645-648. Acedido a 19-04-2013. Disonível em: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a06aaa1f-d0a9-4670-8e94-caccc717010e%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4204.

Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*(3), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179.

Lin, P., & Lu, C. (2007). Psychosocial factors affecting hip fracture elder's burden of care in Taiwan. *Orthop Nurse, 26*(3), 155-161. doi: 10.1097/01.NOR.0000276964.23270.92.

Lin, P., & Lu, C. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clínical Nursing, 14*(6), 719-726. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01130.

Lin, P., Wang, C., Chen, C., Liao, L., Kao, S., & Wu, H. (2009). To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients. *Journal of Clínical Nursing, 18*(11), 1632-1639. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02695.

Long, A., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J. (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing, 37*, 70-78. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02059

Lopes, A., & Fracolli, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 17*, 771-778. doi: 10.1590/S0104-07072008000400020

Macleod, M., Chesson, R., Blackled, P., Hutchison, J., & Ruta, N. (2005). To what extent are carers involved in the care and rehabilitation of patients with hip fracture? *Disability and Rehabilitation, 18*, 1117-1122. doi: 10.1080/09638280500056303

Magalhães, S. (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura*. Porto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Fu*nctional* Evaluation: The Barthel Index. *Rehabilitation Notes*, *14*, 61-65. doi: 10.1016/0895-4356(89)90065-6.

Mak, J., Cameron, I., & March, L. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Medical Jounal* Aust*, 192*(1), 37-41. doi: mak10252_fm.

McEwen, M., & Wills, E.(2009). *Bases Teoricas para Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserch and Practice.* New York: Springer Publishing Company.

Mendes, S. (2009). *Avaliação do estado subjectivo de saúde: utilização de questões singulares por diferenes modos de administração* (Dissertação de Mestrado).

Faculdade de Medicina Instituto de Ciencia Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Acedido a 18-07-2013. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21908/2/MESTRADO%20EM%20SADE%20PBLICA.pdf.

Menzies, I., Mendelson, D., Kates, S., & Friedman, S. (2010). Prevention and clínical management of hip fractures in patients with dementia. *Geriatric Orthop Surgery Rehabilitation, 1*(2), 63-72. doi: 10.1177/2151458510389465.

National Health Service, (2011). *Hip Fracture: The Management of Hip Fracture in Adults*. London: National Clínical Guideline Centre. 1(2), 63-72. doi: 10.1177/2151458510389465.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.*Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Olsson, L., Hansson, E., Ekman, I., & Karlsson, J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *Journal of Advanced Nursing, 65*(8), 1626-1635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05017.

Olsson, L., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing, 58*(2), 116-125. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04209.

Observatório Nacional de Doenças Reumatológicas. (2006). Relatório de Actividades de 2003-2005. . *Observatório Nacional de Doenças Reumáticas*. Acedido a 07-03-2013. Disponível em http://ondor.med.up.pt/pdf/re-act_maio2006.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Bulletin of the world Helth Organization*. Health World Health Organization. Acedido a 20-03-2013. Disponível em http://who.int/bulletin/volumes/81/9/en.

Organização Mundial de Saúde. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: Health World Health Organization. Acedido a 5-04-2013. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Bem-Estar e Qualidade de Vida. Alcochete: *Textiverso*. Acedido a 9-06-2013. Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf.

Papaioannou, A., Kennedy, C., Ioannidis, G., Sawka, A., Hopman, W., Pickard, L., . . . Adachi, J. (2009). The impact of incident fractures on health-related quality of life: 5 years of data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Osteoporosis International, 20*(5), 703-714. doi: 10.1007/s00198-008-0743-7.

Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo. Acedido a 04-06-2013. Disponível em http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Trabalhos%20Acad%C3%AAmicos/Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20-%20Idealizada%20e%20Real.pdf.

Pasco, J., Sanders, K., Hoekstra, F., Henry, M., Nicholson, G., & Kotowicz, M. (2005). The Human Cost of Fracture. *Osteoporosis International 16*(12), 2046-2052. doi: 10.1007/s00198-005-1997-y.

Pereira, S., Buksman, S., Vilela, A., Lino, V., & Vieira, S. (2008). Quedas em Idosos: Prevenção. *Projeto Diretrizes.* Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Acedido a 24-05-2013. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização dos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F. (2008). *Transição da Familia para o Exercicio do Papel de Cuidador. Programa de Doutoramento em Enfermagem.* (Programa de Doutoramento em Enfermagem, Revisão Sistemática da Literatura) Universidade de Lisboa.

Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N., & Magalhães, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*. Acedido a 03/03/2013. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637.

Phillips, N. (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. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00268.

Pina, M. F., Alves, S.M., Barbosa, M. & Barros, H. (2008). Hip fracturescluster in space: an epidemiological analysis in Portugal. *Osteoporosis International, 19*, 797-804. doi: 10.1007/s00198-008-0623-1

Pinto, C., & Santos, L. (2009). Prestador de Cuidados: Quais as Suas Necessidades? - Artigo de Investigação. *OncoNews.* Verão 2009, 16-21. Acedido a 12-04-2013. Disponível em http://www.aeop.net/sgc/RevistaOn/Articles/DOCS/6c99b35230381fb3a2e5c5057e77fd57.pdf.

Piscitelli, P., Iolascon, G., Argentiero, A., Chitano, G., Neglia, C., Marcucci, G., . . . Gimigliano, R. (2012). Incidence and costs of hip fractures vs strokes and acute myocardial infarction in Italy: comparative analysis based on national hospitalization records. *Clínical Intervention Aging, 7*, 575-583. doi: 10.2147/CIA.S36828cia-7-575.

Pluye, P., Gagnon, M.., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International jJournal of Nursing Studies, 46*(4), 529-546. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009.

Ramalho, A.. (2005). *Manual para a redação de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise - Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra.

Randell, A. Nguyen, T., Bhalerao, N., Silverman, S., Sambrook, P., & Eisman, J. (2000). Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study. *Osteoporos International, 11*(5), 460-466. doi: 10.1007/s00198-008-0761-5.

Resnick, B., Galik, E., Boltz, M., Hawkes, W., Shardell, M., Orwig, D., & Magaziner, J. (2011). Physical activity in the post-hip-fracture period. *Journal Aging Physical Activity, 19*(4), 373-387. Acedido a 23-02-2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568514/.

Reuben, D., & Siu, A. (1990). An objective measure of physical function of elderly outpatients. The Physical Performance Test. *Journal of American Geriatric Society, 38*(10), 1105-1112. Acedido a 03-03-2013. Dispnível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2229864.

Rede Nacional de Cuidados Integrados. (2009). *Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório Final*. Oeiras. Acedido a 06-03-2013. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioFinalCaracterizacaoUtentesRNCCI.pdf.

Robinson, S. (1999). Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1341-1348. doi: 0.1046/j.1365-2648.1999.01238.

Rocha, M., Azer, H. & Nascimento, G. (2009). Evolução Funcional nas Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur. *Acta Ortopédica Brasileira, 17*. doi: 10.1590/S1413-78522009000100003.

Roder, F., Schwab, M., Aleker, T., Morike, K., Thon, K., & Klotz, U. (2003). Proximal femur fracture in older patients-rehabilitation and clínical outcome. *Age Ageing, 32*(1), 74-80. doi: 10.1002/14651858

Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços.* (Dissertação de De Doutoramento) Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto. Acedido a 06-06-20130. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7168.

Salvador, M., Ferreira, A., Gomes, C., Moniz, T. & Judas, F. (2002). Fraturas da extremidade superior do fémur: Morbilidade e mortalidade. *Acta Reumatológica Portuguesa, 27*, 91-100. Acedido a 01-03-2013. Disponível em: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1206/1/Fraturas%20F%C3%A9mur.pdf.

Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 11*, 83-89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.

Santos, C. (2010). *Os custos das fraturas de etiologia osteoporótica em mulheres: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade* (Dissertação de Mestrado) Escola Nacional de Saúde Publica, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Acedido a 03-04-2013. Disponível em http://run.unl.pt/bitstream/10362/6055/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Carolina%20Santos.pdf.

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 15*, 508-511. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023.

Schaurich, D., & Crossetti, M. (2010). Produção do Conhecimentos sobre Teoria de Enfermagem: Análise de Periódicos da Área. *Escola Anna Nery, Revista Enfermagem jan-mar 2010*. doi: 10.1590/S1414-81452010000100027.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009). Management of hip fracture in older people - A national clínical guideline. Edinburgh: National Helth Service. Acedido a 06/03/2013. Disponível em http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf.

Schueler, S., Schuetz, G. M., & Dewey, M. (2012). The revised QUADAS-2 tool. *Ann International Medicine, 156*(4), 323; author reply 323-324. doi: 10.7326/0003-4819-156-4-201202210-00018.

Shyu, Y., Liang, J., Tseng, M., Li, H., Wu, C., Cheng, H., . . . Chen, C. (2013). Comprehensive care improves health outcomes among elderly Taiwanese patients with hip fracture. *International Journal of Nursing Studies, 68*(2), 188-197. doi: 10.1093/gerona/gls164.

Shyu, Y., Chen, M., Liang, J., & Tseng, M. (2012a). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal of Advanced Nursing, 68*(3), 658-666. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05778.

Shyu, Y., Liang, J., Tseng, M., Li, H., Wu, C., Cheng, H., . . . Yang, C. (2012b). Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial. *Internacional Journal of Nursing Studies, 50*(8), 1013-1024. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.020.

Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Cheng, H., & Chen, M. (2010a). An interdisciplinary intervention for older Taiwanese patients after surgery for hip fracture improves health-related quality of life. *BMC Musculoskelet Disorders, 11, 225*. doi: 10.1186/1471-2474-11-225.

Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., . . . Tseng, M. (2010b). Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese. Journal of *the American Geriatrics Society, 58*(6), 1081-1089. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02882.

Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., & Yang, C. (2005). A Pilot Investigation of the Short-Term Effects of an Interdisciplinary Intervention Program on Elderly Patients with Hip Fracture in Taiwan. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53253.

Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Svensson, O., Ohlen, G. Lindgren, U. (1996). Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients. *Jounal Bone & Joint Surgery, 78*(1), 115-118. doi: 10.1007/s00264-006-0086-y.

Sydenham, E. (2008). Systematic reviews on preventing fall-related injuries in older people. *Injury Prevention, 14*(4), 274. doi: 10.1136/ip.2008.019612 .

van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., & Bouter, L. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. *Neck Injuries and disorders*, *28*(12), 1290-1299. doi: 10.1097/01.BRS.0000065484.95996.AF.

Vitor, A., Lopes, M. & Araujo, T.(2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery, 14*, 611-616. doi: doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025.

Watters, C. , & Moran, W. (2006). Hip fractures- a joint effort. *Orthopedic Nursing, 25*(3), 157-165; quiz 166-157. doi: 00006416-200605000-00003.

Williams, M., Oberst, M., Bjorklund, B., & Hughes, S.. (1996). Family caregiving in cases of hip fracture. *Rehabilitation Nursing, 21*(3), 124-131, 138. doi: 10.1002/j.2048-7940.1996.tb01690.

Yiannopoulou, K., Anastasiou, I., Ganetsos, T., Efthimiopoulos, P., & Papageorgiou, S. (2012). Prevalence of dementia in elderly patients with hip fracture. *Hip Intervention, 22*(2), 209-213. doi: 10.5301/HIP.2012.922.

Ziden, L., Frandin, K., & Kreuter, M. (2010). Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1-year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. *Disability Rehabilitation, 32*(1), 18-32. doi: 10.3109/09638280902980910.

Ziden, L., Frandin, K., & Kreuter, M. (2008). Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clínical Rehabilitation, 22*(12), 1019-1033. doi: 10.1177/0269215508096183.

ANEXOS

Anexo I: Síntese dos Estudos Primários Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

D: E1				
Título: Efects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: A randomized controlled trial **Autores:** Binder, E; Brown, M; Sinacore, D; Steger-May, K; Yarasheski, K; Schechtman, K. **Ano**: 2004 **País:** Washington, Estados Unidos da América **Fonte:** Journal of the American Medical Association **Base de dados:** Scopus				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de Evidência (JBI)- 1; Qualidade metodológica: Alta – 8 pontos.	Determinar se a reabilitação de forma prolongada e em ambulatório, que inclui exercícios de resistência, melhora a função e a capacidade física e reduz a incapacidade, comparativamente com exercícios realizados no domicílio, de baixa intensidade, entre os pacientes idosos físicamente frágeis, devido a FA.	N= 90 (experimental=46; controlo=44). Critérios de Inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; a viver no domicílio, após alta hospitalar; *timing* de intervenção nas primeiras 16 semanas pós-operatórias; PPT (teste de performance física) score entre 12 e 28; referência a dificuldade em pelo menos uma AVD. Critérios de exclusão: FA patológica, bilateral ou contra-lateral prévia; compromisso cognitivo grave; incapacidade para a marcha durante menos 50 ft, mesmo com auxiliar de marcha; compromisso visual ou auditivo que impessa a adesão ao regime de exercícios; doença cardiopulmonar, neurológica que contra-indique a realização do programa de exercícios ou doença terminal.	A intervenção no grupo experimental consiste em cerca de 2/3 meses de intervenção baseada em exercícios de resistência. Numa fase inicial este grupo foi dividido em sub-grupos de 2 a 5 participantes e os exercícios contemplam ganhos ao nível da flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora, velocidade de movimento e reforço muscular ao nível dos grandes grupos musculares, recorrendo também, quando capazes, a exercícios em bicicleta estática ou passadeira. Na segunda etapa, desenvolvem-se exercícios que visam o reforço muscular e amplitude articular. As sessões de exercícios realizaram-se três vezes por semana até 36 sessões de cada fase de exercícios. Grupo de controlo: O programa de exercício no domicílio caracteriza-se como menos intenso e é o *"standard care"* após tratamento cirúrgico da FA, contemplando 9 dos 22 exercícios incluídos na fase 1 do grupo experimental, visando melhorar a flexibilidade. O ensino dos exercícios realizou-se numa sessãode uma hora, em que se reforçou a necessidade de realizar os mesmos pelo menos 3 vezes por semana, sem a proibição de serem executados com maior frequência. Para facilitar a adesão os participantes do grupo de controlo frequentaram uma sessão de exercícios supervisionada, mensalmente. O controlo da adesão ao programa era efectuado através de telefonemas com duração média de 10 minutos.	Instrumentos Physical Performance Test (PPT) para avaliar a capacidade funcional, e Functional Status Questionnaire (FSQ) para avaliar a dificuldade na concretização das AVD A Colheita de dados foi realizada no início da implementação do programa, aos 3 e aos 6 meses. *Outcomes* secundários: avaliação da força muscular; marcha, equilibrio, qualidade de vida e composição corporal. Ao longo dos diferentes momentos de colheita de dados, os participantes do grupo exprimental apresentaram melhor score no instrumento PPT e FSQ scores, bem como apresentaram melhor coordenação motora, força muscular, velocidade de marcha, equilíbrio e melhor percepção de saúde. O grupo experimental apresenta melhor função física e refere menor sensação de incapacidade para a concretização das AVD do que o grupo de controlo. O grupo experimental concretizou maior número de sessões de terapia do que o grupo de controlo e apresentando melhor adesão ao programa de exercícios. Atendendo aos indivíduos que abandonaram o estudo, estes apresentaram menor status funcional do que aqueles que concluíram o programa de exercícios. Sugere-se que o facto do grupo experimental apresentar maior contacto social entre participantes e participantes e investigadores possa ter aumentado a sua motivação, e como consequência melhor percepção de qualidade de vida. Conclusão: Atendendo a idosos, após FA, que vivam no domicílio, a reabilitação prolongada, visando exercícios de resistência pode melhorar a função física e a qualidade de vida, reduzindo a dependência, quando comparado com o programa de exercícios no domicílio, de baixa intensidade.
Observações/Limitações: Uma vez que excluem idosos com compromisso cognitivo e incapacidade severa para a marcha, bem como contempla apenas aqueles que vivem do domicílio o estudo não pode ser generalizado a toda a população idosa vítima de FA, nomeadamente a idosos institucionalizados, sendo que os autores estimam que apenas 20 a 30% da população idosos vítima de FA concretiza os critérios de inclusão do estudo. Os autores reconhecem a falta de um grupo ao qual não se exerce nenhum tipo de intervenção, de forma a poder comparar a eficácia da intervenção do grupo de controlo face à não implementação de intervenções. Randomização atavés de programa informático.				

ID: E2				
Título: A Pilot Investigation of the Short-Term Effects of an Interdisciplinary Intervention Program on Elderly Patients with Hip Fracture in Taiwan **Autores:** Shyu, Y.; Liang, J.; Wu, C.; Su, J.; Cheng, H.; Chou, S.; Yang, C. **Ano:** 2005 **País:** China, Taiwan **Fonte:** Journal of the American Geriatrics Society **Base de dados:** Scopus + EBSCO				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de evidência (JBI):1; Qualidade Metodológica JBI: Alta – 7 pontos	Avaliar um programa de intervenção interdisciplinar direcionado para idosos após FA.	N=137 (experimental=68; controlo=69). Critérios de inclusão: idade superior a 60 anos; admissão em contexto hospitalar por FA unilateral e ser submetido a artroplastia ou fixação interna; ser capaz de realizar movimento em toda a sua amplitude contra gravidade e alguma resistência; Índice de Barthel com score de pelo menos 70 pontos. Critérios de exclusão: comprometimento cognitivo severo e incapacidade de cumprir ordens ou doença em fase terminal. A Selecção dos participantes ocorreu em contexto hospitalar entre Setembro de 2001 e Novembro de 2003 e foi realizado por assistentes da investigação, que rastreavam as listagens das admissões de doentes duas vezes por dia, de forma a para identificar os doentes com critérios de inclusão. Os que concordaram participar foram distribuídos aleatoriamente (antes da cirurgia) pelo grupo experimental e grupo controlo através de lançamento de moeda.	Grupo de controlo: prestados cuidados habituais, que revelam falta de protocolos de actuação, de cuidados interdisciplinares e de continuidade de cuidados. Nos primeiros 2-3 dias os enfermeiros ensinam/treinam exercícios no leito, bem como precauções associadas ao período pós-operatório. Pelo 3º dia inicia-se treino marcha com auxiliar de marcha, transferências e levantar/sentar. Assiste-se a uma discrepância no número de sessões de fisioterapia, sendo que alguns participantes têm três sessões mas a maioria apenas uma sessão. A alta hospitalar acontece por volta do 7º dia pós-operatório. As condições habitacionais não são verificadas nem se reliza follow-up. Os idosos e família geralmente ignoram os cuidados de reabilitação durante o internamento e pouco se preparam para o regresso a casa. O Grupo experimental foi submetido a um programa interdisciplinar que contempla cuidados geriátricos, programa de reabilitação e de preparação para a alta. O geriatra e o enfermeiro, com especialidade em geriatria, reforçam os cuidados específicos para esta faixa etária. O mesmo enfermeiro, o fisioterapeuta e fisiatra concebem o programa de reabilitação continuada dirigida para a recuperação funcional após FA (dor, força muscular e endurance, melhoria propriocetiva e de equilíbrio) e intervenções mais genéricas destinadas à prevenção da deterioração física (melhorar a capacidade física, incluindo capacidade aeróbica e anaeróbica, força muscular e flexibilidade). Inicia-se no 1º dia pós-operatório e contempla exercícios de dorsiflexão ao nível do tornozelo, flexão e extensão da anca e joelho, marcha, sentar e levantar da cadeira. Neste período são realizados 4 sessões de reabilitação pela enfermeira com especialização em geriatria e 2 pelo fisioterapeuta. O médico fisiatra faz uma avaliação dos participantes. No domicílio implementa-se um plano de exercícios que prevê a dorsiflexão do tornozelo com extensão joelho, extensão isométrica total do joelho, salto vertical e ainda actividades com bola (rolar) para potenciar a proprioceção. A preparação para a alta é um dos pilares do programa, destacando-se a visita domiciliária, ainda durante o internamento hospitalar, a fim de averiguar as condições habitacionais e sugerir estratégias de gestão do ambiente físico. Avalia-se também as competências do cuidador, recursos, função familiar, habilidade do paciente para o autocuidado, necessidades do paciente e do familiar cuidador para continuar os cuidados de saúde e, se necessátio, referencia-se a situação a serviços	Instrumentos: *Outcomes* primários: Capacidade para o autocuidado (Índice de Barthel, escala de Lawton e de Brody); percepção da qualidade de vida (questionário SF-36) *Outcomes* secundários: intensidade da dor, força muscular, capacidade de marcha, episódios de quedas, e mortalidade, tempo de permanência hospitalar, episódios de urgência pós-alta hospitalar, episódios de re-admissão hospitalar e institucionalização. Três momentos de avaliação: a admissão, ao final do 1º e 3ºmês. Resultados: Ambos os grupos apresentaram as mesmas características demográficas, tipo de cirurgia, capacidade para o autocuidado pré-fratura. Não se encontram diferenças estatísticas no que concerne à utilização dos serviços hospitalares pós-alta hospitalar. Tal como não se identificam diferenças significativas ao nível da intensidade da dor, mortalidade, episódios de quedas, bem como ao tempo de permanência no hospital no período pós-operatório. Relativamente a *outcomes* secundários, o grupo experimental apresentou melhores resultados ao nível da capacidade de flexão da anca, bem como maior força muscular o que permitiu recuperar a capacidade para andar mais cedo. Ao nível do auotcuidado, os participantes do grupo experimental apresentaram melhores resultados no primeiro e terceiro mês. Ao nível da perpcepção da qualidade de vida, também os participantes do grupo experimental apresentam melhores resultados do que o grupo de controlo,

			sociais. No 1º mês a reabilitação domiciliária realiza-se com a enfermeira 1 x/semana. No 2º e 3º mês preve-se uma sessão com a enfermeira de 2 em 2 semanas. O fisioterapeuta faz uma avaliação na 1ª semana após alta, na 3ª semana e no 3º mês. **Procedimentos importantes:** **-** Antes da cirurgia a enfermeira com especialização em geriatria faz uma avaliação integral de todos os pacientes do grupo experimental (duração 60 minutos), contemplando os aspetos recomendados nas boas práticas gerontogeriatricas. Esta informação é recebida pelo médico que completa a avaliação. Sugestões clínicas são dadas para os pacientes com vulnerabilidade acrescida (≥80 anos, elevado risco operatório, estado nutricional pobre, deterioração cognitiva ou desorientação ou com comorbilidades instáveis; - É realizada avaliação geriátrica pós-operatória pela enfermeira com especialização em geriatria (1º dia pós cirurgia com duração de cerca de 30 minutos) a todos os participantes do grupo experimental e feita revisão do plano de cuidados sempre que necessário; - Avaliação força muscular do membro inferior não afectado foi realizada por uma enfermeira investigadora treinada; - Os scores pré-fratura do Indice de Barthel foi obtido dos participantes e/ou cuidadores por enfermeira investigadora.	nomeadamente ao nível da vitalidade, saúde mental, capacidade e função física nos 3 meses após FA, sendo que ao nível da função social, esta diferença chegou perto de ser significativa. O grupo experimental apresentou menos sintomas depressivos do que o grupo de controlo ao 3 mês após alta Contribuição para a prática: um programa interdisciplinar de reabilitação para idosos após FA permite obter ganhos não só ao nível da independência para as AVD mas também ao nível da qualidade de vida e na redução de sintomas depressivos. Embora o estudo não avalie o custo-eficácia do programa sugere que a diferença de custo a longo prazo seria justificada com os ganhos na independência e diminuição de custos de cuidados posteriores.
Observações/Limitações: o avaliador/investigador conhece a origem de cada participante face ao grupo experimental/controlo no momento da intervenção como no momento da avaliação.				

D: E3				
Título: An interdisciplinary intervention for older Taiwanese patients after surgery for hip fracture improves health-related quality of life **Autores:** Shyu, Y.; Liang, J.; Wu, C.; Cheng, H.; Chen, M. **Ano:** 2010 **País:** Taiwan, China **Fonte:** BMC, Musculoskeletal Disorders **Base de dados:** Scopus + Ebscohost				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de evidência (JBI): 1; Qualidade Metodológica (JBI): Alta – 7 pontos.	Avaliar os efeitos a longo prazo de um programa de intervenção interdisciplinar ao nível da percepção da qualidade de vida, em idosos, um ano após FA, comparativamente ao modelo usual de cuidados.	N= 162 (experimental=80; controlo=82) Critérios de inclusão: idade superior a 60 anos, admissão em contexto hospitalar por FA unilateral e ser submetido a artroplastia ou fixação interna; ser capaz de realizar movimento em toda a sua amplitude contra gravidade e alguma resistência; Índice de Barthel com score de pelo menos 70 pontos; residência em Taiwan. Critérios de exclusão: comprometimento cognitivo severo, MMSE<10 e incapacidade de cumprir ordens ou doença em fase terminal. A Selecção dos participantes ocorreu em contexto hospitalar entre Setembro de 2001 e Novembro de 2003 e foi realizado por assistentes da investigação, que rastreavam as listagens das admissões de doentes duas vezes por dia, de forma a para identificar os doentes com critérios de inclusão. Os que concordaram	Grupo de controlo: prestados cuidados habituais, que remetem para a falta de protocolos de actuação, bem como de cuidados interdisciplinares e continuidade de cuidados. Nos primeiros 2-3 dias os enfermeiros ensinam/treinam exercícios no leito, bem como precauções associadas ao período pós-operatório. Pelo 3º dia inicia-se treino marcha com auxiliar de marcha, bem como transferências e levantar/sentar. Entre os participantes deste grupo assiste-se a uma discrepância no número de sessões de fisioterapia, sendo que alguns participam em três sessões mas a maioria apenas a uma sessão. A alta hospitalar acontece por volta do 7º dia pós-operatório. As condições habitacionais não são verificadas nem se reliza follow-up. Os idosos e família geralmente ignoram os cuidados de reabilitação durante o internamento e pouco se preparam para o regresso a casa. O Grupo experimental foi submetido a um programa interdisciplinar que contempla cuidados geriátricos, programa de reabilitação e de preparação para a alta. O geriatra e o enfermeiro, com especialidade em geriatria, reforçam os cuidados específicos para esta faixa etária. O mesmo enfermeiro, o fisioterapeuta e fisiatra concebem o programa de reabilitação continuada dirigida para a recuperação funcional após FA (dor, força muscular e endurance, melhoria propriocetiva e de equilíbrio) e intervenções mais genéricas destinadas à deterioração física (melhorar a capacidade física, incluindo capacidade aeróbica e anaeróbica, força muscular e flexibilidade). Inicia-se no 1º dia pós-operatório e contempla exercícios do tornozelo, flexão e extensão da anca e joelho, caminhar, sentar e levantar da cadeira usando andarilho. Neste período são realizados 4 sessões de reabilitação pela enfermeira com especialização em geriatria e 2 pelo fisioterapeuta. O médico fisiatra avalia os participantes. No domicílio implementa-se um plano de exercícios que prevê a dorsiflexão do tornozelo com extensão joelho, extensão isométrica total do joelho, salto vertical e ainda actividades com bola (rolar) para potenciar a proprioceção. A preparação para a alta é um dos pilares do programa, destacando-se a visita domiciliária, ainda durante o internamento hospitalar, a fim de averiguar as condições habitacionais e sugerir estratégias de gestão do ambiente físico. Avalia-se também as competências do cuidador, recursos, função familiar, habilidade do paciente para o autocuidado, necessidades do paciente e do familiar cuidador para continuar os cuidados de saúde e, se necessátio, referencia-se a situação aos serviços sociais. No 1º mês a reabilitação em casa é feita pela enfermeira 1 x/semana. No 2º e 3º mês é feita	Instrumentos: Versão chinesa do MMSE (para selecção dos participantes). A percepção da qualidade de vida foi avaliada através do questionário SF-36, no 1º,3º,6º mês e ao final do 1º ano após alta hospitalar por FA. O nível prévio de independência para autocuidado foi avaliado retrospetivamente através no Índice de Barthel. Devido ao alto grau de analfabetismo, os dados foram recolhidos durante uma entrevista. Resultados: Ambos os grupos, experimental e de controlo, apresentaram as mesmas características demográficas, tipo de cirurgia e capacidade para o autocuidado pré-fratura, apresentando-se independentes em que a média do score do Índice de Barthel revelada independência para o autocuidados, sendo que 84% era independente na marcha. A intervenção apresenta um efeito significativo ao nível da percepção da qualidade de vida relacionação com a saúde, nomeadamente no que reporta à percepção de dor, vitalidade, saúde mental, capacidade funcional e função social, em que o grupo experimental apresentou melhores resultados do que o grupo de controlo, em todos os momentos avaliativos no 1º ano pós alta. Os resultados relacionados com a saúde física revelaram ser mais sensíveis (melhores resultados) que os aspetos associados à saúde

		participar foram distribuídos aleatoriamente (antes da cirurgia) pelo grupo experimental e grupo controlo através de lançamento de moeda.	pela enfermeira de 2 em 2 semanas. O fisioterapeuta faz uma avaliação na 1ª semana após alta, na 3ª semana e no 3º mês. **Procedimentos importantes:** **-** Antes da cirurgia a enfermeira com especialização em geriatria faz uma avaliação integral de todos os pacientes do grupo experimental (duração de 60 minutos), contemplando os aspetos recomendados nas boas práticas gerontogeriatricas. Esta informação é recebida pelo médico que completa a avaliação. Sugestões clínicas são dadas para os pacientes com vulnerabilidade acrescida (≥80 anos, elevado risco operatório, estado nutricional pobre, deterioração cognitiva ou desorientação ou com comorbilidades instáveis; - É realizada avaliação geriátrica pós operatória pela enfermeira com especialização em geriatria (1º dia pós cirurgia com duração de cerca de 30 minutos) a todos os participantes do grupo experimental e feita revisão do plano de cuidados sempre que necessário; - Avaliação força muscular do membro inferior não afectado foi realizada por uma enfermeira investigadora treinada; - Os scores pré-fratura do índice de Barthel foi obtido dos participantes e/ou cuidadores por enfermeira investigadora.	emocional/mental e social. Destaca-se a importância da reabilitação tendo em conta aspetos relacionados com a faixa etária, pelo que se valoriza a avaliação geriátrica.
Observações/Limitações o avaliador/investigador conhece a origem de cada participante face ao grupo experimental/controlo tanto no momento da intervenção como no momento da avaliação. O método usado na randomização (lançamento da moeda) pode ter introduzido um viés. O viés de selecção (não integrou participantes com deterioração cognitiva severa e fraca força muscular) coloca limitação na generalização de resultados a outros grupos/outras populações. Reconhece-se que a amostra, devido a critérios de selecção, poderá apresenta melhor capacidade funcional do que a generalidade da população afectada por FA.				

ID: E4				
Título: Two-Year Effects of Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in Older Taiwanese **Autores:** Shyu, Y.; Liang, J.; Wu, C.: Su, J.; Cheng, H.; Chou, S. ;Chen, M.; Yang, C…. Tseng, M.; **Ano:** 2010 **País:** Taiwan, China **Fonte:** Journal of the American Geriatrics Society **Base de dados:** Scopus + Ebscohost				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de evidência (JBI): 1 Qualidade Metodológica (JBI): Alta – 7 pontos	Explorar os resultados aos dois anos, de um programa de intervenção interdisciplinar destinado a idosos após FA	N=162 (experimental=80; controlo= 82) Critérios de inclusão: idade superior a 60 anos, admissão em contexto hospitalar por FA unilateral, submetido a artroplastia ou fixação interna; capacidade de realizar movimento em toda a sua amplitude contra gravidade e alguma resistência; Índice de Barthel com score de pelo menos 70 pontos. Critérios de exclusão: comprometimento cognitivo severo e incapacidade de cumprir ordens ou doença em fase terminal. Os participantes foram selecionados entre Setembro 2001-novembro 2004, por assistentes da investigação que rastreavam as listagens das admissões de doentes duas vezes por dia, para identificar os doentes com critérios de	Grupo de controlo: prestados cuidados habituais, que remetem para a falta de protocolos de actuação, bem como de cuidados interdisciplinares e continuidade de cuidados. Nos primeiros 2-3 dias os enfermeiros ensinam/treinam exercícios no leito, bem como precauções associadas ao período pós-operatório. Pelo 3º dia inicia-se treino marcha com auxiliar de marcha, bem como transferências e levantar/sentar. Entre os participantes deste grupo assiste-se a uma discrepância no número de sessões de fisioterapia, sendo que alguns participam em três sessões mas a maioria apenas a uma sessão. A alta hospitalar acontece por volta do 7º dia pós-operatório. As condições habitacionais não são verificadas nem se reliza follow-up. Os idosos e família geralmente ignoram os cuidados de reabilitação durante o internamento e pouco se preparam para o regresso a casa. O Grupo experimental foi submetido a um programa interdisciplinar que contempla cuidados geriátricos, programa de reabilitação e de preparação para a alta. O geriatra e o enfermeiro, com especialidade em geriatria, reforçam os cuidados específicos para esta faixa etária. O mesmo enfermeiro, o fisioterapeuta e fisiatra concebem o programa de reabilitação continuada dirigida para a recuperação funcional após FA (dor, força muscular e endurance, melhoria propriocetiva e de equilíbrio) e intervenções mais genéricas destinadas à prevenção da deterioração física (melhorar a capacidade física, incluíndo capacidade aeróbica e anaeróbica, força muscular e flexibilidade). Inicia-se no 1º dia pós-operatório e contempla exercícios do tornozelo, flexão/extensão da anca e joelho, marcha e sentar e levantar da cadeira usando andarilho. Durante o internamento hospitalar cada participante do grupo de intervenção teve uma visita do médico geriatra e outra do fisiátra, uma média de 5.4±2.4 visitas do enfermeiro com especialização em geriatria e cerca de 3.1±1.6 visitas do fisioterapeuta. A preparação para a alta é um dos pilares do programa, destacando-se a visita domiciliária, ainda durante o internamento hospitalar, a fim de averiguar as condições habitacionais e sugerir estratégias de gestão do ambiente físico. Avalia-se também as competências do cuidador, recursos, função familiar, habilidade do paciente para o autocuidado, necessidades do paciente e do familiar cuidador para continuar os cuidados de saúde e, se necessário, referencia-se a situação aos serviços sociais. No domicílio implementa-se um plano de exercícios que prevê a dorsiflexão do	Instrumentos: A percepção da qualidade de vida foi avaliada através do questionário SF-36, no 1º,3º,6º, 12º, 18º, e 24 meses após alta hospitalar por FA. O nível prévio de autonomia para autocuidado foi avaliado retrospetivamente através no Índice de Barthel. Os sintomas depressivos foram avaliados através da escada de depressão do centro geriátrico Chinês. Performance física: avaliada no angulo de flexão da anca, força muscular do membro afectado, capacidade para marcha Resultados: Ambos os grupos apresentaram as mesmas características demográficas, tipo de cirurgia, capacidade para o autocuidado pré-fratura e tempo de permanência hospitalar. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas relativas à taxa de mortalidade, readmissão hospitalar e institucionalização entre os dois grupos. O grupo experimental apresentou menos episódios de recurso ao serviço de urgência. A intervenção permitiu consolidar a capacidade de marcha mais cedo e maior número de participantes do grupo experimental atingiu o nível previsto de independência na marcha face ao grupo de controlo. Ocorreram menos episódios de queda no grupo experimental do que no de controlo, sendo que se verificaram-se mais episódios entre o primeiro e segundo ano, do que entre a alta hospitalar e o primeiro ano pós-fratura. A intervenção apresenta eficácia no que concerne à capacidade para o autocuidado, sendo que os participantes do grupo experimental apresentaram melhor nível de independência no autocuidado do que os participantes do

		inclusão. Os que concordaram participar foram distribuídos aleatoriamente (antes da cirurgia) pelo grupo experimental e grupo controlo.	tornozelo com extensão joelho, extensão isométrica total do joelho, salto vertical e ainda actividades com bola (rolar) para potenciar a proprioceção. Nesta etapa cada participante recebeu uma média de 9.9±2.3 visitas do enfermeiro com especialização em geriatria e cerca de 3.0±1.1 visitas do fisioterapeuta. **Procedimentos importantes:** **-** Antes da cirurgia a enfermeira com especialização em geriatria faz uma avaliação integral de todos os pacientes do grupo experimental (duração de 60 minutos), contemplando os aspetos recomendados nas boas práticas gerontogeriatricas. Esta informação é recebida pelo médico que completa a avaliação. Sugestões clínicas são dadas para os pacientes com vulnerabilidade acrescida (≥80 anos, elevado risco operatório, estado nutricional pobre, deterioração cognitiva ou desorientação ou com comorbilidades instáveis; - É realizada avaliação geriátrica pós operatória pela enfermeira com especialização em geriatria (1º dia pós cirurgia com duração de cerca de 30') a todos os participantes do grupo experimental e feita revisão do plano de cuidados sempre que necessário; - Avaliação força muscular do membro inferior não afectado foi realizada por uma enfermeira investigadora treinada; - Os scores pré-fratura doíndice de Barthel chinês foi obtido dos participantes e/ou cuidadores por enfermeira investigadora.	grupo de controlo. Os sintomas depressivos decresceram significativamente aos 12 meses após-alta hospitalar, sendo que os participantes do grupo experimental apresentaram menores sintomas depressivos que o grupo experimental. Ao nível da capacidade física o grupo experimental apresentou melhores resultados e melhor trajectória do que o grupo de controlo, sendo que esta evolui ao longo dos 24 meses após alta hospitalar. Percepção da qualidade de vida foi melhor no grupo experimental no que no grupo de controlo.
Observações/Limitações: os autores consideram que a exclusão de idosos com compromisso cognitivo impede a generalização dos resultados de intervenção a toda a população de idosos, vítimas de FA. Os autores consideram a possibilidade de os cuidados prestados ao grupo de controlo poderem ser diferentes e de menos qualidade do que aqueles que são prestados em países ocidentais, o que pode extrapolar os resultados da intervenção. O avaliador/investigador conhece a origem de cada participante face ao grupo experimental/controlo tanto no momento da intervenção como no momento da avaliação.				

ID: E5				
Título: Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial **Autores:** Shyu, Y.; Liang, J.; Tseng, M. Y.; Li, H.; Wu, C.; Cheng, H.; Chou, S.; Chen, C.; Yang, C. **Ano:** 2012 **País:** Taiwan, China **Fonte:** International journal of nursing studies **Base de dados:** Ebscohost + Scopus				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de Evidência(JBI): 1; Qualidade Metodologica (JBI): Alta – 7 pontos .	Comparar a eficácia de um programa de intervenção interdisciplinar *com subacute care and usual care* ao nível da percepção da qualidade de vida em idosos após FA	N= 299 (*subacute care =101; comprehensive care=99; usual care= 99).* O cálculo amostral estimou um n=64 sujeitos para cada grupo, no sentido de permitir avaliara melhoria na funcionalidade física nos 3 meses após alta. Com base na taxa de casos perdidos no 1º e 2º ano obtida no estudo prévio, estimaram um nº de 100 sujeitos iniciais para cada grupo. Critérios de inclusão: idade superior a 60 anos; admissão em contexto hospitalar por FA unilateral e ser submetido a artroplastia ou fixação interna; ser capaz de realizar movimento em toda a sua amplitude contra gravidade e alguma resistência; Índice de Barthel com score de pelo menos 70 pontos. Critérios de exclusão: comprometimento cognitivo severo, MMSE <10) e incapacidade de cumprir ordens ou doença em fase terminal. Os participantes foram recrutados em contexto hospitalar entre Setembro 2005 a Julho de 2010, no serviço de	Os programas aplicados aos grupos *usual care* e *Subacute care* correspondem aos utilizados, respectivamente, aos grupos de controlo e experimental dos estudos E2, E3 e E4. *Comprehensive care* acrescenta ao *subacute care* a avaliação e intervenções direcionadas para sintomas depressivos, nutrição e prevenção de quedas. Prevê um plano de reabilitação no domicílio acompanhado e avaliado por enfermeiros durante 1 ano. A prevenção de quedas prevê a avaliação do risco de queda e a implementação de intervenções destinadas à sua prevenção. O acompanhamento nutricional foca a avaliação do idoso, definição de um plano alimentar baseado nas necessidades proteicas e calóricas e adesão plano terapêutico. A avaliação do *status* nutricional dos participantes realiza-se antes da alta e no 1º, 3º e 6º mês depois da alta (Mini-Nutritional Assessment). Em participantes com risco de malnutrição é consultado o médico de geriatra e a dietista. Com base na avaliação/sugestão do médico geriatra e da dietista, a enfermeira com especialização em geriatria ensina individualmente cada doente. A intervenção direcionada para os sintomas depressivos prevê a identificação de factores de risco (Geriatric Depression Scale-short forme) antes da alta e no 1º, 3º, 6º e 12º meses após alta. Para os participantes identificados com risco de depressão foi articulada consulta de psiquiatria para diagnóstico e tratamento/gestão, sendo que a enfermeira com especialização em geriatria realiza acompanhamento e avalia a adesão regime terapêutico e providenciou acompanhamento individual, suporte emocional e reforçou o envolvimento e suporte familiar. Ao nível do plano de reabilitação, tanto o grupo *Subacute care* como o grupo *comprehensive care*, durante o internamento hospitalar, receberam uma visita diária por parte da enfermeira com especialização em geriatria e, pelo menos, 2 avaliações feitas pelo fisioterapeuta. No domicílio, os dois grupos recebem 4 visitas da	Instrumentos: A percepção de qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF - 36 no 1º, 3º, 6º, e 12 meses após alta hospitalar. Capacidade prévia para o autocuidado avaliada pela versão chinesa do índice de Barthel. Resultados: Os três grupos não apresentaram diferenças estatísticas no que concerne ao género, estado civil, habilitações escolares, co-morbilidades, tipo de fratura, nível de autonomia para o autocuidado prévio. Capacidade funcional: o grupo *comprehensive care e* o grupo *subacute care* apresentaram resultados significativamente melhores do que o grupo *usual care.* Os resultados da intervenção melhoraram com o tempo de implementação dos programas, sendo que destaca os 6 meses e o ano após a alta hospitalar como os momentos que os idosos apresentam melhores índices de capacidade funcional. Dor: o grupo *usual care* apresentou menos limitação funcional relacionada com a dor do que o grupo *comprehensive care* nos primeiros seis meses após alta hospitalar, sendo que após este momento esta diferença se atenua, o que se relaciona com a intensidade do programa de reabilitação. O grupo *subacute care* apresentou resultados semelhantes ao grupo *usal care.* Os participantes do grupo *comprehensive care* apresentaram melhores resultados do que concerne à função e capacidade física, saúde física e mental do que aqueles que constituíram o grupo *usual care* group. Percepção geral de saúde o grupo *comprehensive care apresentou* melhor percepção geral de saúde do que o grupo *usua care* ao final do primeiro ano após FA Demonstraram-se benefícios da intervenção tanto do grupo *comprehensive care* como do grupo *subacute care* relacionados com a perceção da QV, durante o primeiro ano após alta hospitalar por

		emergência por assistentes da investigação. Os que concordaram participar foram distribuídos aleatoriamente (antes da cirurgia) pelos três grupos que compõem a amostra. A sequência de randomização foi gerada por um lançamento de dados feito por uma pessoa neutra não envolvido na realização de intervenções e na avaliação dos resultados.	enfermeira com especialização em geriatria no 1º mês pós alta e 4 visitas entre o 2º e 4º mês de seguimento, sendo que o fisioterapeuta realiza visita na 1ª semana, 3ª semana e no 3º mês pós alta. Adicionalmente, o grupo *comprehensive care* mantem o plano de reabilitação até aos 12 meses a pós alta, sendo que recebe uma visita enfermagem/mês entre o 4º e o 6º mês e uma vez a cada 2 meses a partir do 6º até aos 12 meses, bem como uma visita do fisioterapeuta aos 6 meses após a alta hospitalar.	FA, sendo que estes foram exponenciais com o tempo e duração da invenção. Assim, o programa de intervenção que caracteriza o *comprehensive care* demonstra eficácia na promoção da capacidade e função física, saúde em geral, saúde mental, sendo que o programa de intervenção relativo ao *subacute care* promove, também, a capacidade e função física, bem como a vitalidade e a função social.
Observações/Limitações: o avaliador/investigador conhece a origem de cada participante face aos diferentes grupos, sendo apenas "cego" para os participantes. A exclusão de idosos com compromisso cognitivo faz com que não seja possível generalizar os resultados das intervenções estudadas a toda a população de idosos vítimas de FA. As interveções não apresentam especificidade relativa à cultura ou etnia chinesa, sendo que podem ser aplicados/generalizados para além deste grupo étnico.				

ID: E6				
Título: To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients **Autores:** Lin, P.; Wang, C.; Chen, C.; Liao, L.; Kao, S. ; Wu, H. **Ano:** 2009 **País:** Taipei, China **Fonte:** Journal Of Advanced Nursing **Base de dados:** Ebscohost				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis *outcomes*
Estudo randomizado controlado; Nível de evidência (JBI) 1; Qualidade Metodológica (JBI): Alta – 8 pontos.	Avaliar a eficácia de um programa de preparação para a alta para doentes após FA, avaliando: -o tempo de internamento e a capacidade funcional; -o conhecimento e capacidade para o autocuidado e percepção de QV; -a satisfação com o programa de preparação para a alta	N=50 (controlo=24; experimental=26). Critérios de Inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; diagnóstico de FA; capacidade para marcha preservada e score de Barthel de pelo menos 70 pontos, prévio à FA avaliada pelos investigadores através de questionário aplicado aos pacientes ou familiares; capacidade cognitiva e comunicação preservada; habitar na região de Taipei. Critérios de exclusão: comprometimento da função cognitiva; pacientes com doença em fase terminal. A selecção dos participantes ocorreu entre Novembro de 2005 e Dezembro de 2006. O processo de randomização baseou-se na aplicação do plano de intervenção numa de quatro enfermarias, sendo que a distribuição dos doentes pelas enfermarias foi realizado por médicos que desconheciam o estudo.	O grupo de controlo recebeu os cuidados habituais, não estruturados, de acordo com o julgamento de cada profissional, sem seguir um procedimento protocolado. O grupo experimental integrou um programa de preparação para a alta que se inicia no momento da admissão hospitalar. Os investigadores identificam as necessidades dos idosos, relativas ao planeamento da alta, pelo que se definem intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar e instruir, bem como se estabelecem contacto com outros serviços, traçam-se objetivos e define-se a data de alta de acordo com os resultados que se pretendem obter. Este programa prevê a divulgação de um manual /guia de instrução para os idosos, sendo que se exploram áreas como: compreender a FA; questões importantes no pré e pós- operatório, exercícios de reabilitação, uso de auxiliares de marcha/ produtos de apoio para o autocuidado no domicílio. Procura-se envolver os prestadores de cuidados. Este programa prevê visitas domiciliárias, em que a primeira visita tem com finalidade a realização da segunda avaliação da capacidade funcional do idoso e o conhecimento acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado. Estas ocorrem nas duas semanas após a alta hospitalar. A segunda visita domiciliária ocorre aos três meses, após a alta hospitalar, procurando avaliar a capacidade funcional e a QV.	Instrumentos: Capacidade funcional – versão chinesa da escala de capacidade funcional adaptada do Older Americans Resouces and Services Questionnaire. Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado:avaliado através de um questionário elaborado para a implementação neste estudo. Questionário SF-36 - avaliação de aspetos físicos e psicológicos relacionados com a QV. Questionário de satisfação com o programa de preparação para a alta. Resultados A diferença entre o tempo de internamento dos participantes dos dois grupos não foi estatisticamente significativa, bem como no que concerne a readmissões hospitalares e recurso ao serviço de urgência. O programa de preparação para a alta revelou aumento do conhecimento dos participantes acerca das estratégias adaptativas para o autocuidado face ao grupo de controlo. Atendendo à capacidade funcional, mais de 90% dos pacientes do grupo experimental apresenta a mesma capacidade para a realização das AVD prévia à fratura. Os resultados são idênticos no grupo de controlo, embora os participantes do grupo experimental os atinjam mais cedo. Ao nível da percepção da qualidade de vida, o grupo experimental demonstrou melhores resultados que o grupo de controlo nos aspetos psicológicos relacionados com a função social e vitalidade, em aspetos físicos como a dor e a percepção geral de saúde. Não se identificam diferenças estatísticas significativas ao nível da satisfação com o programa de preparação para a alta entre os dois grupos Estes resultados comprovam que a preparação para a alta através deste programa, reforça a qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente face aos resultados obtidos. Implicações param a prática: a preparação para a alta e o conhecimento dos participantes acerca de estratégias adaptativas para o autocuidado representam cuidados de enfermagem de qualidade associados à satisfação demonstrada pelos participantes.

Observações/: O estudo apresenta maior número de participantes masculinos pelo facto do hospital onde se realizou a colheita de dados ser um hospital militar. Os autores consideram a amostra pequena, uma vez que no período da implementação de intervenção ocorrem cerca de 400 episódios de FA, contudo, grande parte destes reportavam a idosos com compromisso cognitivo, ficando excluídos do estudo. A distribuição dos participantes nos grupos de intervenção/controlo foi realizada por um médico que distribuiu os participantes em diferentes serviços, desconhecendo o estudo.

ID: E7				
Título: Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture **Autores:** Olsson, L.; Karlsson, J.; Ekman, I. **Ano:** 2007 **País:** Gotemburgo, Suécia **Fonte:** Journal Of Advanced Nursing **Base de dados:** Ebscohost				
Tipo de Estudo/Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica	Objetivos	Amostra/ Participantes (tipo, nº, local seleção)	Intervenção (tipo, como foi implementada, intensidade, regularidade, procedimentos importantes, variáveis *outcomes*)	Resultados/ instrumentos (eficácia, resultados estatisticamente significativos, instrumentos usados para medir variáveis outcomes
Estudo quasi-experimental; Nível de evidência (JBI): 2; Qualidade Metodológia (JBI): Média – 6 pontos	Avaliar o contributo dos cuidados de enfermagem, num plano interdisciplinar, direcionado para idosos após FA.	N=112 (experimental=56; controlo=56) Critério de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; admissão hospitalar por FA; previamente independentes. Critérios de exclusão: fratura patológica; comprometimento cognitivo severo. A selecção dos participantes ocorreu entre Outubro de 2003 e Abril de 2004	A intervenção no grupo experimental tem em conta a motivação e requisitos para o programa de reabilitação, bem como a intervenção de enfermagem ao nível do processo de transição inerente ao período após FA. Assim, nas primeiras 48horas definem-se objetivos a atingir, de acordo com os objetivos individuais do idoso, e estabelecem-se indicadores de processo, relacionados com a capacidade funcional para a concretização das AVD, de forma a acompanhar este processo de transição. Atendendo a estes objetivos os enfermeiros ajudam os idosos e as famílias neste processo de transição, sendo a transmissão de informação escrita e verbal um aspeto relevante deste programa, em que a preparação para a alta é efectuada precocemente, face à intervenção do grupo de controlo. Salienta-se intervenções de enfermagem direcionadas para a dor, medo e ansiedade. Para além destes aspetos, valoriza-se a continuidade de cuidados de enfermagem, garantindo a deambulação precoce e o ensino e treino de aspetos relacionados com o processo de reabilitação. Os participantes não foram transferidos para outros serviços até apresentarem o nível de independência para as AVD prévio ou não apresentarem evolução face ao programa de reabilitação. A decisão do momento da alta hospitalar foi tomada em equipa interdisciplinar. Destaca-se a deambulação precoce e de acordo com tolerância e pré-requisitos dos participantes, bem como a integração das diferentes AVD no programa de reabilitação, de forma progressiva. Assim, os participantes foram ensinados e treinados para actividades como: mobilização no leito; treino de marcha; levantar/sentar, deitar/levantar; estratégias adaptativas para o autocuidado, nomeadamente higiene e vestir/despir. Assim, como pontos fortes deste programa sublinha-se a deambulação precoce, a continuidade de cuidados em ambulatório, um programa de treino das AVD. O estado e capacidade funcional são avaliados diariamente de acordo com a capacidade para a execução das AVD.	Instrumentos: Entrevista; Índice de Katz; Functional Recovery Scale (Zuckerman *et al.* 2000); Portable Mental State Questionnaire, Ceder scale – percepção geral de saúde, Norton scale. Resultados: O principal achado deste estudo reporta para o facto do processo de transição ocorrer de forma diferente em dois grupos, sendo que a grande diferença reporta para o número de idosos que atingiu o grau de independência prévia na concretização das AVD, diferindo de 52% no grupo de controlo e 75% no grupo experimental. Maior número de ulceras de pressão nos participantes do grupo de controlo do que no grupo experimental. O grupo de controlo apresentou maior número de participantes com necessidade de auxiliar de marcha para deambular de forma independente. Os participantes do grupo de controlo permanecem maior número de dias algaliados, apesar do número de infecções urinárias não ser significativa entre os dois grupos. Mais participantes do grupo de controlo referiram deficiente controlo da dor, face aos participantes do grupo experimental. A preparação para a alta foi perspetivada precocemente no grupo experimental, sendo que o apoio da assistente social foi solicitado, em média, 10 dias mais cedo e a alta ocorreu cerca de 5 dias mais cedo do que no grupo de controlo. Destaca-se a importância da entrevista no momento da admissão, valorizando os pré-requisitos para o programa de reabilitação, a motivação e o estabelecimento de objetivos, bem como se salienta a componente psicologica, espiritual e psicossocial dos participantes. Implicação para a prática: as intervenções de enfermagem apresentam elevado peso na qualidade de cuidados e resultados do processo de reabilitação; os enfermeiros devem valorizar a avaliação inicial de forma a contemplar as características físicas, mentais e sociais dos idosos de forma a garantir cuidados holísticos. Destaca-se a intervenção pro-activa dos enfermeiros e a discussão dos objetivos do plano de reabilitação com os idosos, de forma que os cuidados não representem surpresas, conferindo maior segurança ao idoso e ao enfermeiro.

Observações/limitações: os autores revelaram como dificuldade a implementação simultânea de dois métodos de prestação de cuidados de enfermagem, pelo que a implementação da intervenção no grupo experimental ocorreu 7 meses após a colheita de dados do grupo de controlo, sendo que se admite que possa ocorrer algum viés no resultado das intervenções. Os autores salvaguardam que nenhumas alterações relativas aos procedimentos médicos ou de enfermagem ocorreram no hospital, para além da intervenção em causa.

Anexo II: Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Primários Incluídos na Revisão Sistemática da Literatura

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E1

Título: Efects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: A randomized controlled trial

Autor: Binder, E., Brown, M., Sinacore, D., Steger-May, K., Yarasheski, K., & Schechtman, K.
Ano: 2004

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?	✓		
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 8 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Incluir: Sim

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E2

Título: A Pilot Investigation of the Short-Term Effects of an Interdisciplinary Intervention Program on Elderly Patients with Hip Fracture in Taiwan

Autor: Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., & Yang, C. Ano: 2005

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?		✓	
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 7 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Incluir: Sim

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E3

Título: An interdisciplinary intervention for older Taiwanese patients after surgery for hip fracture improves health-related quality of life

Autor: Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Cheng, H., & Chen, M. Ano: 2010

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?		✓	
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 7 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Incluir: Sim

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E4

Título: Two-Year Effects of Interdisciplinary Intervention for Hip Fracture in Older Taiwanese

Autor: Shyu, Y., Liang, J., Wu, C., Su, J., Cheng, H., Chou, S., . . . Tseng, M. Ano: 2010

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?		✓	
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 7 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Incluir: Sim

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E5

Título: Comprehensive and subacute care interventions improve health-related quality of life for older patients after surgery for hip fracture: A randomised controlled trial

Autor: Shyu, Y., Liang, J., Tseng, M., Li, H., Wu, C., Cheng, H., . . . Yang, C. Ano: 2012

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?		✓	
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos da mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 7 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E6

Título: To evaluate the effectiveness of a discharge-planning programme for hip fracture patients

Autor: Lin *et al* Ano: 2009

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	✓		
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?	✓		
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?			✓
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 8 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta

Análise da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluidos na RSL:
Instrumento Adaptado do Instituto Joanna Briggs (2011)

ID: E7

Título: Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture

Autor: Olsson *et al* Ano: 2007

Critérios	Sim	Não	Não é Claro
A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?			✓
Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?	✓		
A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?		✓	
Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?	✓		
Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?		✓	
Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	✓		
Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?	✓		
Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?	✓		
Os resultados foram medidos de forma confiável?	✓		

Apreciação geral: 6 pontos

Score	Qualidade Metodológica
De 0 a 3 pontos	Baixa
De 4 a 6 pontos	Moderada
De 7 a 9 pontos	Alta