



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

PROMOTION OF SELF-CARE TO THE PERSON DEPENDENT ON NURSING CARE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA DEPENDENTE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOCIÓN DEL AUTO-CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ana Sara Resende Pereira Marques¹, Vanessa Sofia Henriques Costa², Mário Jorge Oliveira³, Nélson Filipe Lameiro Lino⁴, Cristina Baixinho⁵, Óscar Ferreira⁶

ABSTRACT

Objective: to identify the difficulties in self-care, on the elderly person with fracture of the proximal end of the femur. **Method:** literature review, informal interviews and practice reflection based on the *Gibbs Cycle*. **Results:** There is a marked dependence on the self-care of elderly persons with fracture of the proximal end of the femur, at the moment of hospitalization; a positive evolution occurs towards independence during hospitalization; when the elderly persons were asked about the main difficulties that will arise at home, all of them referred walking, transfers, and dressing/undressing lower limbs; the caregivers mentioned by the elderly persons are mostly the spouses or the sons, whom require more information for a home return with confidence. **Conclusion:** in one continuum of care perspective, it is essential to prepare the returning home of the elderly person in order to increase the autonomy and independence, enable the family for the management of care that increase the functionality, decreasing the limitations imposed by the fracture, surgery and the risk of developing complications, namely those associated with immobility; such fact will have direct consequences on the motivation and responsibility for the restoring of his health and progress towards independence. **Descriptors:** self-care; aged; femoral fractures; Patient discharge.

RESUMO

Objetivo: identificar as dificuldades no autocuidado, no idoso com fractura do terço proximal do fémur. **Método:** estudo em que foi usada a revisão da literatura, entrevistas informais e reflexão sobre a prática de cuidados tendo por base o ciclo de *Gibbs*. Para sustentar a reflexão utilizaram-se como instrumentos: o Índice de *Barthel*, aplicado no 1º dia de internamento, no 2º dia do pós-operatório e no último dia de internamento, a idosos submetidos a cirurgia por fractura da extremidade proximal do fémur e realizaram-se entrevistas informais a enfermeiros, a cuidadores e a clientes, durante o internamento e na primeira consulta após o regresso a casa. **Resultados:** há dependência marcada no autocuidado dos idosos com fractura da extremidade proximal do fémur, no momento da admissão hospitalar; ocorre uma evolução positiva, no sentido da independência durante o internamento; quando questionados sobre as principais dificuldades que irão surgir no domicílio, todos os idosos referiram a deambulação, as transferências e o vestir/despir os membros inferiores. **Conclusão:** na perspectiva de continuidade de cuidados, é fundamental preparar o regresso a casa para aumentar a autonomia e independência do idoso, capacitar a família para a manutenção dos cuidados que aumentem a funcionalidade, diminuindo as limitações impostas pela fractura e cirurgia e o risco de aparecimento de complicações, nomeadamente as associadas à imobilidade; tal facto terá consequências directas na motivação e responsabilização pelo restabelecimento do seu estado de saúde e progressão para a independência. **Descritores:** autocuidado; idoso; fraturas do fémur; alta do paciente.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las dificultades en el auto-cuidado en pacientes ancianos con fractura del extremo proximal del fémur. **Método:** revisión de la literatura, entrevistas informales y la deliberación sobre la práctica del cuidar teniendo en cuenta el ciclo de *Gibbs*. **Resultados:** existe una marcada dependencia en el auto-cuidado de los pacientes ancianos con fractura del extremo proximal del fémur, en el momento de ingreso en el hospital; hay una evolución positiva, en el sentido de la independencia durante la hospitalización; cuando se les preguntó acerca de las principales dificultades que surgen en el hogar, todos los adultos mayores señalaron la deambulación, los traslados y vestir/desvestir los miembros inferiores; los cuidadores referidos por los ancianos son en su mayoría las esposas y los hijos, los cuáles necesitan más información para poder regresar a su casa con confianza. **Conclusión:** con el objetivo de mantener la continuidad de los cuidados, es fundamental la preparación del regreso a casa para aumentar así la autonomía e independencia del anciano, capacitando a la familia para el mantenimiento de los cuidados que aumenten la funcionalidad, disminuyendo las limitaciones impuestas por la fractura y la cirugía y el riesgo de desarrollar complicaciones, especialmente aquellas asociadas con la inmovilidad; este hecho tendrá consecuencias directas en la motivación y la responsabilidad para la restauración de su estado de salud y el progreso hacia la independencia. **Descriptor:** autocuidado; anciano; fracturas del fémur; alta del paciente.

^{1,2,3,4}Enfermeiros com Licenciatura em Enfermagem. Lisboa, Portugal. E-mails: ana.saramarques@hotmail.com; vanessa_costa88@hotmail.com; oliveira.marios@gmail.com; nelsonfilino@gmail.com; ⁵Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutoranda em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Saúde Escolar. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Portugal. E-mail: crbaixinho@esel.pt; ⁶Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutorando em História da Educação, no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Mestre em Educação Médica. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração dos Serviços de Enfermagem. Lisboa, Portugal. E-mail: oferreira@esel.pt

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem um papel essencial junto da pessoa em situação de dependência, sendo a promoção do autocuidado um elemento essencial dos cuidados de enfermagem, principalmente em contexto hospitalar.

Numa perspectiva de continuidade de cuidados, é fundamental preparar o regresso a casa do idoso de modo a promover o autocuidado mesmo existindo limitações, prevenir a redução da sua capacidade funcional e motivá-lo/responsabilizá-lo para o restabelecimento do seu estado de saúde e progressão para a independência.

O programa descrito foi implementado num serviço de Ortopedia, tendo como finalidade caracterizar de que modo o enfermeiro prepara o regresso a casa do idoso submetido a cirurgia por fractura da extremidade proximal do fémur, através da promoção do autocuidado.

Pretendemos identificar de que forma vivencia o idoso o autocuidado no seu dia-a-dia; reconhecer as necessidades do idoso ao nível do autocuidado; identificar as necessidades e/ou dificuldades que o idoso percepciona no seu regresso a casa, durante o internamento; delinear estratégias que permitam capacitar o idoso para o regresso a casa através da promoção do autocuidado e sensibilizar os prestadores de cuidados para a promoção do autocuidado.

O autocuidado assenta na capacidade inerente a cada indivíduo de responsabilizar-

se por si próprio e pela sua saúde, desenvolvendo acções que visem a manutenção do seu bem-estar segundo o ideal de cada um.^{4,5,12,16-7}

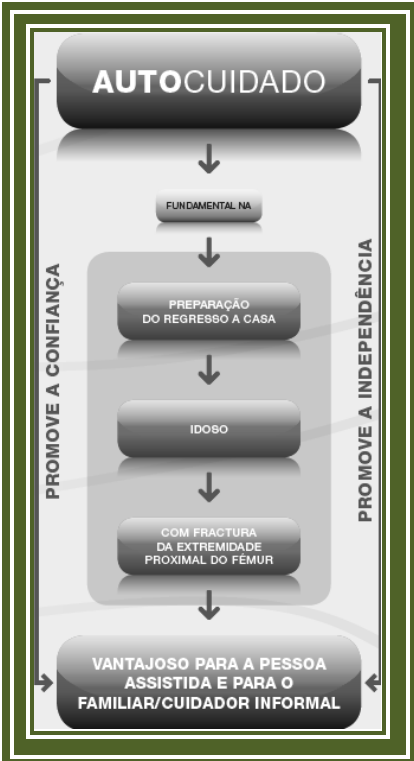
A promoção do autocuidado refere-se ao acto de capacitar a pessoa para que desempenhe a prática de actividades autónomas necessárias à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.^{4, 6, 16}

Em 1990 verificaram-se 1,7 milhões de fracturas da extremidade proximal do fémur a nível mundial. Prevê-se que com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população este número aumente para 6,26 milhões em 2050.^{10,22}

Em Portugal, os custos hospitalares relacionados com estas fracturas ascenderam aos 52 milhões de euros, para além de serem uma importante causa de morbilidade e mortalidade que atingem valores preocupantes.^{2,23}

A mortalidade estimada no ano seguinte à fractura varia entre os 20% a 30%, sendo que apenas 15% das pessoas recuperam a capacidade funcional anterior à fractura e 40% ficam com incapacidade grave.²³

Verifica-se assim, que esta patologia é causa major de dependência, diminuição da qualidade de vida, aumento da taxa de morbilidade, mortalidade, reinternamentos e diminuição da esperança média de vida.²⁴⁻⁵ Tal como apresentado pelo *esquema 1*, a promoção do autocuidado e preparação do regresso a casa, são fundamentais para a diminuição das situações descritas anteriormente.



Esquema I - Articulação dos principais conceitos

O internamento hospitalar altera a rotina habitual do idoso^{3,9,11,18,22}, diminui a autonomia, aumenta as dificuldades de mobilização, interfere no autocuidado e aumenta a dependência.⁸

Mesmo os idosos que antes da fractura eram independentes têm uma diminuição de 25% a 40% na capacidade para se autocuidar.^{19,21} Os estudos demonstram que esta continua a agravar-se em casa.^{14-5,19,20-1}

Pelo descrito é fundamental preparar o regresso a casa desde a admissão, fomentando o autocuidado e envolvendo o seu cuidador principal.^{1,3,7,14,19}

Os estudos consultados identificam como tendo uma relação positiva com a reabilitação: a promoção do autocuidado, o ensino de exercícios, treino de marcha no internamento, informação aos cuidadores informais sobre os cuidados a manter em casa.^{14,19,20-1}

Uma adequada preparação do regresso a casa, complementada com informação escrita apropriada às necessidades individuais, reduz os reinternamentos.^{13-4,19,21}

Em suma, a preparação do regresso a casa deve ser uma prioridade dos enfermeiros, pelos ganhos em saúde para as pessoas, incrementando o aumento da visibilidade dos cuidados de enfermagem.^{1,3,7,14,19,21}

MÉTODO

Tal como é possível verificar no esquema II, iniciou-se o percurso metodológico tendo como recursos a revisão de literatura, a observação participante e as reflexões realizadas acerca da prática de cuidados em contexto de ensino clínico, tendo por base o ciclo reflexivo de *Gibbs*.

Para sustentar a reflexão utilizaram-se como instrumentos: o Índice de *Barthel*, aplicado no 1º dia de internamento, no 2º dia do pós-operatório e no último dia de internamento, a idosos submetidos a cirurgia por fractura da extremidade proximal do fémur e realizaram-se entrevistas informais a enfermeiros, a cuidadores e a clientes, durante o internamento e na primeira consulta após o regresso a casa.

Elaborou-se, também, um **programa de preparação do regresso a casa**, promotor do autocuidado, centrado individualmente em cada cliente alvo dos cuidados. As intervenções desenvolvidas foram registadas numa *checklist*, como por exemplo, deambular, realizar transferências da cama para o cadeirão e vice-versa, calçar meias elásticas, prevenir as quedas, vestir e despir-se, manter a integridade cutânea, higiene pessoal e manter nutrição e hidratação adequada.



Esquema II - Percurso metodológico

E, de modo a complementar a informação fornecida oralmente, realizámos um guia informativo e um póster com exercícios de fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular para entregar ao cliente/cuidador informal. Fornecer informação escrita aos clientes/cuidadores contribui para melhorar os seus conhecimentos e capacidades, respondendo de forma mais adequada aos desafios de saúde em contexto familiar, clarificar algumas dúvidas que possam surgir enquanto estão sozinhos e diminuir a ocorrência de problemas e as taxas de reinternamento hospitalar.¹⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os Índices de *Barthel* concluímos que há uma dependência marcada na capacidade de autocuidado dos idosos com fractura da extremidade proximal do fémur, no momento da admissão hospitalar.^{3,19} Dos Índices de *Barthel* aplicados (melhor *score* é 100; pior *score* é 0), verificámos que é na primeira avaliação que o *score* tem um valor mais baixo, ou seja é nesta fase que existe uma maior dependência nos idosos, tal como é descrito pelos autores supracitados. O *score* médio na primeira avaliação é de 27,31, a moda é 27 e o desvio padrão é de 17,34 o que é revelador de uma dependência marcada.

De todas as avaliações efectuadas o *score* mínimo que obtivemos foi 0 (primeira avaliação), e o *score* máximo registado foi 91 (obtido na terceira avaliação). No entanto, é de salientar que mesmo nos casos em que dois idosos foram avaliados com 0, conseguiram evoluir, um para 13 e outro para 17. Apenas uma idosa apresentou *score* 0 em todas as avaliações. No caso do idoso que obteve o *score* 91 na terceira avaliação, teve um aumento de 44% no seu nível de independência, uma vez que no primeiro momento de avaliação, o seu *score* foi de 47. Verificou-se ainda que os idosos que começam com um nível de independência elevado no início do internamento, são também aqueles que têm alta com maior independência.

Na segunda avaliação o *score* médio foi de 38,88 (a moda foi 46 e o desvio padrão 21,60) e na terceira avaliação a média foi 49,54 (a moda foi 75 e o desvio padrão 28,17). Os dados obtidos corroboram a referida evolução positiva.

Uma outra ocorrência com que nos deparámos foi o facto de muitos dos idosos com fractura também apresentarem algum tipo de demência. Esta condição acaba por dificultar a boa evolução que seria esperada no sentido do aumento da capacidade para o autocuidado. Neste caso o papel dos cuidadores é ainda mais relevante, pois apesar do cliente não ser descurado no seu próprio processo de recuperação a nossa actuação terá de ter um especial enfoque no cuidador, que irá receber no domicílio um idoso com necessidades diferentes das que detinha anteriormente à hospitalização, tal como é mencionado também pelos autores supracitados.

Ao analisarmos todos os valores obtidos na primeira avaliação do Índice de *Barthel* constatámos que existe uma significativa discrepância entre eles (*score* mínimo foi 0 e o *score* máximo foi 54). Existem idosos com dependência absoluta, enquanto outros têm uma menor dependência e isso revela-nos que existem vários factores que influenciam o *score* de cada idoso. Isto é, os idosos com um *score* muito baixo, têm associado à fractura outras limitações tais como demência, idade avançada, diagnósticos secundários, falta de motivação para participar no seu autocuidado, bem como algum nível de dependência no autocuidado antes da ocorrência da fractura, o que contribui para uma avaliação tão reduzida. Exemplo disto é o descrito por uma cuidadora, “há cerca de dois meses a minha mãe começou a ficar com maior grau de dependência e desorientação” (E7). Por outro lado, existem idosos que logo na sua primeira avaliação têm um *score* relativamente

elevado, pois verificamos que a dependência que têm naquele momento está associada sobretudo à fractura, não apresentando outras limitações significativas. Como era esperado os idosos que têm mais limitações apresentam *scores* mais reduzidos comparativamente com aqueles que apresentam menores dificuldades.

Por sua vez as entrevistas informais permitiram-nos perceber qual a percepção do idoso acerca das dificuldades que considera que poderão surgir no seu regresso a casa. Assim, é permitido que a própria pessoa participe no planeamento dos cuidados ao antever quais as áreas em que necessita de maior apoio e informação.¹⁹ Por seu lado a informação recolhida por nós, permite-nos individualizar os cuidados de acordo com as necessidades verbalizadas pelo próprio idoso.

Em relação às entrevistas realizadas aos idosos, a maioria revelou sentir-se mais dependente após a fractura, “[...]não sei como irá ser a minha vida, não consigo estar de pé, não posso fazer quase nada” (E1) ou “antes de cair tratava de toda a minha vida, e agora?” (E5).

Quando questionados sobre as principais dificuldades que irão surgir no domicílio, todos os idosos referiram a deambulação, as transferências e o vestir/despirm os membros inferiores, como se pode constatar pelos seguintes testemunhos, “[...]não consigo mexer-me como quero[...] calçar as meias e os sapatos, não consigo” (E2); “não tenho condições para me movimentar, dói-me o corpo ... não tenho forças” (E5); “como é que vou conseguir fazer as minhas coisas se não consigo pôr-me de pé. Não sei como me vou vestir, tomar banho e fazer outras coisas” (E3).

Para fazer face a estas dificuldades os idosos referem necessitar de alguém que os auxilie no seu autocuidado. Os cuidadores apontados pelos idosos são na sua maioria os cônjuges ou os filhos. Contudo, referem que estes necessitam de mais informações para poderem regressar a casa com confiança, tal como é referenciado por uma idosa “vou para casa da minha filha, ela é que vai tratar de mim (...) mas acho que ela precisa que a ensinem” (E4). Esta informação irá de encontro às dificuldades anteriormente assumidas, no sentido de as poderem minimizar, bem como sobre o estado actual de saúde e a evolução do mesmo.

Posto isto, consideramos importante a realização de uma avaliação das necessidades da família. Para tal, é imprescindível a sua participação activa no processo de cuidados: dar oportunidade para se expressar sobre as suas expectativas face à ajuda que irá necessitar no domicílio, quer dos profissionais de saúde (rede formal), quer dos restantes

elementos da família e, eventualmente, amigos e vizinhos (rede informal); perceber o grau de disponibilidade para cuidar; saber quais as suas crenças sobre a capacidade de executar os cuidados e a complexidade dos mesmos; conhecer a vivência de experiências anteriores semelhantes. 19:57 É expresso por um idoso que *“quando for para casa vou precisar de ajuda de alguma instituição, pelo menos para me fazer a comida, que eu não consigo”* (E1).

Nos idosos que apresentam maior grau de dependência verificou-se que exprimem, ainda, a necessidade do seu cuidador aprender acerca dos cuidados a ter consigo, tal como refere um dos idosos *“O meu filho não tem nenhuma informação, vou para casa ele não sabe fazer nada (...) também não me sinto bem com ele a dar-me banho”* (E6).

A dificuldade patente neste comentário, relacionada com o pudor e intimidade, é algo para a qual não estávamos muito despertos, já que não encontrámos referência explícita na bibliografia pesquisada. Temos, assim, noção que este é um dos aspectos que devemos ter em conta aquando a preparação do regresso a casa, podendo ter como estratégia o contacto com a rede formal de cuidados existente na comunidade na qual o idoso está inserido.

Relativamente às entrevistas efectuadas aos cuidadores, o principal problema que verbalizaram prende-se com o facto de terem receio de não conseguirem dar uma resposta efectiva às reais necessidades que os seus familiares apresentam. Exemplo disso é o mencionado por alguns cuidadores: *“tenho muitas dúvidas sobre quais os cuidados que a minha mãe necessita”* (E6); *“ainda não me sinto preparado para cuidar da minha mãe. Infelizmente não a posso vir ver muitas vezes e aquilo que vocês me disseram é muito importante, mas ainda não me sinto à vontade para executar essas tarefas em casa”* (E6); *“não sei o que fazer à minha mãe quando ela tiver alta, pois não tenho ninguém para cuidar dela enquanto estou a trabalhar”* (E7). Posto isto, entendemos que informar é “uma estratégia para promover a sua capacidade para cuidar, facilitando o ajuste à transição, permitindo uma melhor adaptação”. 19:56

A partir da percepção dos idosos e cuidadores, sentimos necessidade de conhecer também a perspectiva dos enfermeiros do serviço face à problemática estudada. Ao questionar uma enfermeira, esta referiu-nos que, na sua perspectiva, *“a família não está devidamente preparada para os cuidados a prestar no domicílio. Tanto a família como o idoso demonstram medo da ocorrência de nova queda e consequente fractura, e muitos referem que as condições que têm em casa não são as mais funcionais”* (E8). Considera, também, que para melhorar a preparação e confiança do idoso e do cuidador no regresso a casa deve apostar-

se num programa de preparação do regresso a casa, que forneça informação e possibilite o esclarecimento de dúvidas.

Relativamente à *checklist* constatámos que anteriormente à existência da mesma cada enfermeiro que contactava com o idoso, realizava a educação para a saúde sobre determinado tema de uma forma isolada e não registada de forma sistemática. Com a introdução da *checklist* foi possível registar o momento de instrução de determinado tema, de modo a que os contactos seguintes focassem a monitorização do mesmo, possibilitando deste modo a continuidade dos cuidados. Verificámos que os idosos e cuidadores informais a quem tinha sido aplicada as sessões de educação para a saúde e posterior registo das mesmas na *checklist* detinham maior independência em relação àqueles a quem não foi aplicada. Este facto prende-se com a sistematização da informação fornecida, a não ocorrência da constante repetição e prevenção da dispersão da mesma, uma vez que existiram dois momentos de instrução e os restantes de monitorização. Destacamos o exemplo de um idoso que na 1ª avaliação do Índice de Barthel tinha um *score* elevado, porém antes da educação para a saúde e do registo na *checklist* demonstrava grandes dificuldades para se transferir do cadeirão para a cama e vice-versa, necessitando de três pessoas para o auxiliarem. Após o primeiro momento de instrução, registado na *checklist*, observámos significativa melhoria nesta transferência, tendo o idoso necessitado de apenas um enfermeiro para o monitorizar. Este exemplo é demonstrativo de como a realização de intervenções e o seu registo de forma sistemática, contribui para a ocorrência de resultados positivos.

Consideramos que a realização do guia de preparação do regresso a casa contribuiu para dar maior consistência às sessões de educação para a saúde realizadas durante o internamento. Este é um meio facilitador e eficaz para a aprendizagem dos idosos/cuidadores informais, permitindo esclarecê-los numa fase pós-alta, onde o podem consultar. A elaboração deste guia foi essencial para dar visibilidade ao nosso programa. Os elementos da equipa multidisciplinar estiveram envolvidos na elaboração do mesmo, nomeadamente a Enfermeira-Chefe, os Docentes Orientadores e o Director Clínico do serviço. Para complementar este guia e demonstrar a importância dos exercícios de fortalecimento muscular, foi pertinente a realização de um poster ilustrativo dos movimentos a executar.

Graças ao formato do poster é possível afixá-lo num local visível e adequado à prática do exercício.

Fruto do nosso trabalho, criámos o programa descrito, implementando assim, um programa de preparação para o regresso a casa. Pensamos que as acções implementadas melhoraram a dinâmica de cuidados que é prestada no serviço e deram um especial enfoque na área do autocuidado e da preparação do regresso a casa. Como indicadores que atestam a referida melhoria temos os Índices de *Barthel* que revelam uma evolução favorável do grau de independência da pessoa ao serem aplicadas técnicas promotoras do autocuidado.

CONCLUSÃO

Ao longo do desenvolvimento do trabalho e implementação do programa proposto, fez-se sentir a verdadeira pertinência do tema em estudo, não só por tudo o que é descrito na literatura, mas também pelo que foi vivenciado e verbalizado pelos próprios idosos e cuidadores informais.

A partir do estudo realizado, implementou-se a prática da promoção do autocuidado durante o internamento e a criação de um guia orientador sobre os cuidados a manter no regresso a casa, estando deste modo a profissionalizar a preparação para o regresso a casa, tendo por base a promoção do autocuidado, para que esta prática assuma um papel de destaque na intervenção do enfermeiro.

Pode-se concluir este trabalho dando ênfase aos resultados conseguidos ao longo do desenvolvimento do mesmo, que foram de encontro aos objectivos traçados. Estes prendem-se com a sistematização da literatura consultada sobre a temática, com a identificação, nos estudos primários, dos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado e por fim, com a implementação de intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado.

A sugestão para a investigação, prende-se com a realização de estudos, em Portugal, que caracterizem a evolução do autocuidado após a fractura da extremidade proximal do fémur. Por fim, como sugestão para a formação, tem-se em consideração que o Modelo Teórico de Orem identifica os princípios essenciais para a prática do autocuidado, devendo esta temática estar contemplada nos planos de estudo das escolas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Andrade C. Transição para prestador de cuidados - sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 2009;13(1):61-71.
2. Branco J, Felicissimo P, Monteiro J. A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur- uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta Reum Port*. 2009; 4:475-85.
3. Cabete D. O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. 1ªed. Loures: Lusociência; 2005.
4. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
5. Conselho Internacional DE Enfermeiros. CIPE: versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
6. Fleury-Teixeira P, et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc saúde colectiva*. 2008;13(2): 2115-22.
7. Gonçalves D. A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada [tese de mestrado]. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
8. Hesbeen W. Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
9. Instituto Nacional de Estatística [base de dados da internet]. As gerações mais idosas. Lisboa: INE. 1999. [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: www.ine.pt.
10. Instituto Nacional de Estatística [base de dados da internet]. Actualidades do INE. Lisboa: INE. 2007[acesso em 2011 fev 27]. Disponível em: <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/actual.html>.
11. Jahana KO, Diogo MJE. Quedas em Idosos: Principais Causas e Consequências. *Saúde Colectiva*. 2007. 4(17):148-53.
12. Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo. 2005. 39(1):92-6.
13. Lin P, Chang S. Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *J Nurs Res*. 2004;12(1):72-82.
14. Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee JH. Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence - based Practice. *J Nurs Care Qual*. Virgínia. 2004; 19(2): 123-9

15. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
16. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
17. Organização Mundial de Saúde. The Role of the Pharmacist in Self-medication and Self-care. Genebra: OMS; 1998.
18. Organização Mundial de Saúde. Falls [texto na internet; acesso em 2011 fev 26]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/en/index.html
19. Petronilho F. Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau; 2007.
20. Petronilho F. A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. Rev Investigação em Enfermagem; 2010; 21 (Fev 2010): 43-58.
21. Pinto AFB, Carranca MIS, Brites MAR. Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/pessoa significativa. Rev Investigação em Enfermagem. 2010; 21(Fev 2010):69-81.
22. Direcção Geral de Saúde. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso: Recomendações para Intervenção Terapêutica. Lisboa (Portugal): DGS; 2003.
23. Direcção Geral de Saúde. Circular Informativa: orientação técnica sobre suplemento de cálcio e vitamina em pessoas idosas. Lisboa (Portugal): DGS; 2003.
24. Queiroz M. Osteoporose. Lisboa: Lidel; 1998.
25. Tinoco A, organizaodor. - Enfermagem em Ortotraumatologia. Coimbra: Formasau; 2009.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/09/05

Last received: 2011/12/11

Accepted: 2011/12/12

Publishing: 2012/01/01

Corresponding Address

Cristina Baixinho

Parque da Saúde, na Av. do Brasil, 53 - B,
1700-063 – Lisboa, Portugal