



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

RECUPERAÇÃO GLOBAL E MARCHA EFICAZ DA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA

Ana Isabel Baptista Garção

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão Definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

RECUPERAÇÃO GLOBAL E MARCHA EFICAZ DA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA

Ana Isabel Baptista Garção

Orientação: Professora Doutora Eugénia Grilo

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão Definitiva

To care for someone, I must know many things. I must know, for example, who the other is, what his powers and limitations are, what his needs are, and what is conducive to his growth; I must know how to respond to his needs, and what my own powers and limitations are.

Milton Mayeroff (1971)

Resumo

Objetivos: Apresentar um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação a doentes idosos submetidos a artroplastia da anca em que se pretendeu avaliar e identificar alterações a nível do desempenho do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal, da amplitude articular e dor, identificar défices de conhecimento relativamente a aspetos a ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, implementar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação dirigido à reabilitação funcional dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, de acordo com os défices identificados, avaliar os resultados das intervenções implementadas e validar conhecimentos adquiridos.

Métodos: Foram estudados 5 casos concretos, através da metodologia do estudo de caso, em que foram avaliados, na admissão, 3^o ou 4^o dia de pós-operatório e alta, o desempenho nas AVD, através do Índice de Barthel, a força Muscular, através da Escala de Lower, o equilíbrio corporal, através do Índice de Tinetti, a dor, através da escala numérica da Dor e a amplitude articular das articulações coxo-femural, joelho e túbio-társica do membro inferior operado, através de um goniómetro. Para a identificação do conhecimento ou desconhecimento relativamente a aspetos a ter em consideração aquando de artroplastia da anca foi utilizada uma checklist construída para o efeito.

Resultados: Foi verificado o aumento do desempenho a nível do autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular de todas as articulações avaliadas. Foi registada a diminuição da dor. Quanto aos aspetos a ter em consideração aquando da artroplastia da anca, uma doente não demonstrou défices de conhecimento, dois doentes demonstraram dificuldades relativamente a deambular com auxiliar de marcha e transferências e dois doentes demonstraram dificuldades relativamente a comportamentos de prevenção de luxação da prótese.

Conclusões: Do ponto de vista global houve recuperação em 4 dos doentes que integraram o projeto. Apesar da evolução favorável destes doentes, a marcha eficaz no momento da alta verificou-se apenas em 3 doentes.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Artroplastia da Anca; Educação

Abstract

Aim: To present a rehabilitation nursing intervention program for elderly patients submitted to hip arthroplasty in which it was intended to evaluate and identify changes in the performance of self-care, muscular strength, body balance, joint amplitude and pain, to identify deficits of knowledge regarding aspects to be learned during hip arthroplasty, to implement a rehabilitation nursing intervention plan aimed at the functional rehabilitation of the elderly patients submitted to hip arthroplasty, according to the identified deficits, to evaluate the results of the interventions validated knowledge acquired.

Methods: Five concrete cases were studied through the methodology of the case study, in which were evaluated, at admission, 3th or 4th day after surgery and at discharge, the performance in the ADL, through the Barthel Index, the muscular force, through Lower Scale, the body balance, through the Tinetti Index, the pain, through the numerical scale of pain and the joint amplitude of the limb-femoral, knee and tibio-tarsal joints of the operated lower limb, through a goniometer. For the identification of the knowledge, or lack of it, regarding aspects to be taken into account when performing hip arthroplasty, a checklist constructed for this purpose was used.

Results: Increased self-care performance, muscle strength, body balance and joint amplitude of all joints were verified. Decreased pain was recorded. Regarding the aspects to be taken into consideration when performing hip arthroplasty, one patient did not demonstrate knowledge deficits, two patients had difficulty in walking with gaff and transfers and two patients showed difficulties regarding prosthesis dislocation prevention behaviors.

Conclusions: From the global point of view, there was recovery in 4 of the patients who were part of the project. Despite the favorable evolution of these patients, effective gait on discharge was seen in only 3 patients.

Key-words: Rehabilitation Nursing; Hip Arthroplasty; Education

Agradecimentos

É tempo de agradecer.

A todos aqueles que estiveram presentes nesta etapa da minha vida. Aos que são sempre porto de abrigo. Aos que me ajudaram. Aos que nunca desistiram de me motivar e encorajar. Aos que acreditaram. Aos que me ensinaram.

Mãe, Pai, Catarina, João, Joana, UCC Ammaya, Professora Eugénia.

Obrigada.

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS

ÍNDICE DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	18
1.1. Caraterização Do Espaço Físico De Realização Do Estágio	18
1.2. Caraterização Dos Recursos Humanos E Materiais	20
1.3. Caraterização Da População	23
2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	26
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	30
3.1. Problemática	32
4. OBJETIVOS	36
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS DOENTES IDOSOS SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DA ANCA	38
5.1. A Artroplastia Da Anca	40
5.2. Cuidados De Enfermagem De Reabilitação Ao Doente Submetido A Artroplastia Da Anca	41
5.2.1. O ensino ao doente submetido a artroplastia da anca	42
5.2.2. Cuidados de enfermagem de reabilitação pré-operatórios	45
5.2.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação pós-operatórios	47
5.3. Projeto De Intervenção Profissional	49

5.3.1. Procedimentos metodológicos	54
5.3.2. Considerações éticas	58
6. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE IDOSO SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DA ANCA	60
6.1. Caraterização Sociodemográfica Dos Doentes	61
6.2. Descrição Dos Casos	61
6.2.1. Caso 1	61
6.2.2. Caso 2	63
6.2.3. Caso 3	65
6.2.4. Caso 4	67
6.2.5. Caso 5	68
6.3. Discussão De Resultados	72
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	
APÊNDICES	

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A	Aspetos a ser aprendidos aquando de Artroplastia da Anca: Checklist	II
ANEXO B	Consentimento Informado	VI
ANEXO C	Declaração do Docente Orientador	IX
ANEXO D	Movimento de Doentes	XI
ANEXO E	Pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do HESE, EPE deferido	XIII
ANEXO F	Pedido de parecer à Comissão de Ética do HESE, EPE	XVI
ANEXO G	Relatório de Utilização de Pessoal de Enfermagem por Meses	XX

ÍNDICE DE APÊNCICES

APÊNDICE A	Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no ensino de doentes submetidos a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura - Resumo	XXIII
APÊNDICE B	Comprovativo de submissão da Revisão Integrativa da Literatura a Revista	XXVI

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Tópicos a ensinar aos doentes submetidos a artroplastia da anca	44
Quadro 2	Reeducação funcional pré-operatória do doente submetido a artroplastia da anca	46
Quadro 3	Focos e Intervenções a desenvolver junto do doente submetido a artroplastia da anca, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação	49
Quadro 4	Protocolo de Atuação de Enfermagem de Reabilitação no Pré- Operatório	50
Quadro 5	Protocolo de Atuação de Enfermagem de Reabilitação no Pós- Operatório	52
Quadro 6	Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do Caso 1	62
Quadro 7	Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do Caso 2	64
Quadro 8	Resultados das avaliações do 4º dia de pós-operatório e alta da doente do Caso 3	66
Quadro 9	Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do Caso 4	67
Quadro 10	Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do Caso 5	69
Quadro 11	Síntese dos resultados obtidos nos focos de atenção avaliados	71

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AC – Autocuidado

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ATA - Artroplastia Total da Anca

AVD - Atividades de Vida Diária

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

DGS - Direção Geral da Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

CER – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

FESF - Fratura da Extremidade Superior do Fémur

HESE, EPE - Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial

HTA – Hipertensão Arterial

MCDT's - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MI – Membro Inferior

MMSE - Mini Mental State Examination

MS – Membro Superior

OA – Osteoartrose

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCD - Sistema de Classificação de Doentes

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TUG – Timed Up-and-Go

UAVC - Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e das Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Portalegre, do Instituto Politécnico de Setúbal e da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, foi desenvolvido o presente relatório de estágio, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com o guião da unidade curricular “Relatório”, o mesmo tem como objetivos evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, fundamentar escolhas com base na teoria e na evidência científica, descrever e avaliar a conceção e implementação do projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação e ser submetido a provas públicas. No final dessa unidade curricular os estudantes devem ter adquirido competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e competências de mestre, pelo que para além dos referidos, este relatório tem também como objetivo descrever as atividades desenvolvidas e relacioná-las com as competências adquiridas.

Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação possui um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que, colocados em prática, possibilitam a ajuda a pessoas com patologias agudas, crónicas ou com sequelas das mesmas no sentido da maximização do seu potencial funcional e da sua independência, bem como da sua máxima satisfação, o que conseqüentemente, permitirá a preservação da autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A prática especializada de enfermagem de reabilitação assenta em pressupostos definidos com vista à promoção da melhoria contínua dos cuidados prestados, como são os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, cujo enquadramento conceptual, de acordo com o Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros, reúne a pessoa com necessidades especiais, a pessoa com deficiência, o ambiente e os cuidados de enfermagem de reabilitação. Do referido enquadramento conceptual emergem os enunciados descritivos, que constituem

um instrumento importante na definição do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação junto dos clientes, dos outros profissionais, do público em geral e dos políticos. Os enunciados descritivos identificados dizem respeito à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidados dos clientes, à readaptação funcional, à reeducação funcional, à promoção da inclusão social e à organização dos cuidados de enfermagem.

Hoeman (2001, p.1) refere que “a reabilitação é uma intervenção ativa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida”, cujos princípios e práticas nucleares se aplicam em todos os níveis de intervenção, constituindo um elemento essencial para a prestação de cuidados de qualidade. De acordo com Santos (2016), o processo de reabilitação deve ser enquadrado não só num contexto global, como também num contexto específico, em que a enfermagem de reabilitação se constitui ciência integradora, pelo que se revela primordial o desenvolvimento do conhecimento científico dos enfermeiros de reabilitação no sentido de uma prática reflexiva e baseada na evidência.

As pessoas idosas, devido ao processo natural de senescência, apresentam uma deterioração orgânica fisiológica, à qual se somam as perdas funcionais decorrentes da não utilização e as sequelas de doenças agudas anteriores ou crónicas, dando origem a alterações estruturais e funcionais (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). As alterações estruturais a nível do sistema locomotor são as que se manifestam mais precocemente, alterando a aparência, a estrutura física e o funcionamento do organismo, deixando-o mais predisposto à ocorrência de determinadas patologias. Exemplos destas patologias a nível do sistema locomotor são a osteoartrose (OA) e/ou a osteoporose, responsáveis por uma maior fragilidade óssea e aumento da incidência de fraturas da extremidade superior do fémur (FESF), com grande impacto na população idosa pelo aumento da morbilidade e mortalidade que lhe está associado (Sousa & Carvalho, 2016). Quer as pessoas idosas apresentem patologia músculo-esquelética ou reumática, como a OA ou traumática, como a FESF, uma das medidas terapêuticas é a artroplastia da anca, que consiste na substituição da articulação ou parte da articulação por uma prótese, com vista à melhoria da funcionalidade, satisfação e qualidade de vida das pessoas (Sousa & Carvalho, 2016).

Na presença de dor músculo-esquelética crónica e de osteoartrite grave, a artroplastia total da anca pode ser necessária para obter o suficiente alívio da dor e melhorar a função física, mantendo o nível de atividade anterior ao processo patológico (Stigmar *et al.*, 2017). Contudo, até atingirem a máxima funcionalidade possível, os doentes submetidos a artroplastia da anca, sobretudo os idosos, vão atravessar um

período de transição, no qual experimentam limitações físicas e desconhecimento da situação que vão condicionar a sua capacidade para a realização das atividades de vida diária (AVD) e para a deambulação (Sousa & Carvalho, 2016).

No que se refere à recuperação global e da marcha dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, as intervenções dos EEER podem revelar-se de extrema importância e benefício uma vez que estes podem intervir no sentido da restituição da capacidade funcional, da minimização da incapacidade e da dependência, do aumento da autonomia e, conseqüentemente, da qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2016), através da capacitação e maximização das suas capacidades.

Assim, de um modo geral, objetiva-se com o presente projeto, recuperar, do ponto de vista global, os doentes idosos submetidos a artroplastia da anca e contribuir para a marcha eficaz no momento da alta.

Especificamente, o presente projeto objetiva avaliar o desempenho das AVD, o equilíbrio corporal, a força muscular, a dor e a amplitude articular da articulação coxo-femural, do joelho e da articulação tíbio-társica dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, utilizando instrumentos de recolha de dados adequados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação; identificar alterações a nível do desempenho de AVD, do equilíbrio corporal, da força muscular, da dor e da amplitude articular das articulações do membro inferior dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca; identificar défices de conhecimento relativamente a aspetos a ser aprendidos aquando de artroplastia da anca; implementar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, dirigido à reabilitação funcional dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, de acordo com os défices identificados; avaliar os resultados do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado, no 3º ou 4º dia pós-cirurgia e aquando da alta; e validar os conhecimentos adquiridos relativamente a aspetos a ser aprendidos aquando de artroplastia da anca no momento da alta.

Para a realização deste estudo, foi adotada a metodologia do estudo de caso. De acordo com Yin (1993; 2005), referido por Meirinhos & Osório (2010), um caso pode ser alguém ou alguma coisa bem definido ou concreto (indivíduo, grupo ou organização), podendo também ser algo menos definido ou definido num plano mais abstrato como sejam decisões, programas, processos de implementação ou mudanças a nível organizacional. Esta estratégia é a adequada porque, segundo Stake (1999), referido por

Meirinhos & Osório (2010), o estudo de caso visa a compreensão do caso, através da particularização, para chegar a compreender o fenómeno na globalidade.

Estruturalmente este relatório encontra-se organizado em capítulos, secções e subsecções. Após a presente introdução, o capítulo 1 é referente à apreciação do contexto onde foi desenvolvido o estágio final e onde foi implementado o projeto de intervenção. O capítulo 2 diz respeito à análise do envolvimento no contexto, em que se identificam as necessidades da população. No capítulo 3 é feita uma análise detalhada dos cuidados produzidos no contexto, e decorrente da mesma é identificada a problemática sobre a qual vai incidir o projeto de intervenção, sendo que no capítulo 4 são definidos os objetivos do mesmo. No capítulo 5 é feita uma descrição detalhada do projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação aos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca. O capítulo 6 é dedicado aos resultados das intervenções implementadas e à discussão dos mesmos. O capítulo 7 diz respeito à análise reflexiva da aquisição de competências, após o que são apresentadas as conclusões, a bibliografia, os anexos e os apêndices.

As normas de referenciação no presente relatório são as emanadas pela *American Psychology Association, 6th Edition*, e a redação vai ao encontro da regras de ortografia definidas no Segundo Protocolo Modificativo ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 35/2008.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer, através da sua caracterização, o contexto onde decorreu o estágio final e onde foi implementado o projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação. Será realizada uma descrição do espaço físico e recursos materiais disponíveis, bem como dos recursos humanos existentes e principal população alvo dos cuidados prestados no serviço de Ortopedia do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E (HESE, EPE, 2018).

1.1. Caracterização Do Espaço Físico De Realização Do Estágio

Segundo o descrito no sítio da internet do hospital de Évora, o HESE, EPE é um hospital público geral, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), na rede da Região Alentejo, que presta cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo elevados padrões de desempenho técnico-científico, gestão de recursos eficaz e eficiente, de humanização e promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, EPE, 2018).

Em primeira linha o HESE, EPE abrange 150 mil pessoas, o que corresponde ao Distrito de Évora (14 concelhos). Em segunda linha estima-se que abranja cerca de 440 mil pessoas, número correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelhos (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral).

A área de influência direta do HESE, EPE corresponde ao Distrito de Évora, no entanto na Rede de Referência Hospitalar esta instituição funciona como Hospital Central da Região.

A atividade hospitalar centra-se no Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de dia (Pediatría e Oncologia) e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Para além dos descritos, o HESE, EPE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referenciação Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo nas seguintes especialidades: Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vasculuar, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia, Hemodinâmica.

De acordo com informação disponível no sítio da internet da Entidade Reguladora da Saúde (2016) o HESE, EPE é o único hospital da Região Alentejo que cumpre com todos os parâmetros de qualidade exigidos ao nível da Excelência Clínica (em 9 de 16 áreas), da Segurança do Doente, das Instalações e Conforto, da Focalização no Utente da sua Satisfação.

O estágio final teve lugar em duas unidades distintas deste hospital, a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) e a Unidade de Internamento do Serviço de Ortopedia.

A UAVC tem capacidade para acolher 6 doentes e encontra-se integrada no serviço de Especialidades Médicas, que funciona no quarto piso do HESE, EPE, apresentando como finalidade a monitorização, o estudo etiológico dos doentes com acidente vascular cerebral e o tratamento precoce na fase aguda, minimizando sequelas.

O serviço de Ortopedia do HESE, EPE, local onde foi implementado o projeto de intervenção, constitui uma unidade de internamento de especialidades cirúrgicas que responde às necessidades da população abrangida relativamente a cuidados específicos de ortopedia e ortotraumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e nefrologia.

O serviço, que funciona no quarto piso do HESE, EPE, tem capacidade para acolher 47 doentes simultaneamente e encontra-se dividido em duas alas, ala ímpar e ala par. Ambas as alas são constituídas por 7 enfermarias com 3 camas cada, sendo que a ala par possui 3 quartos de isolamento e a ala ímpar possui 2, o que perfaz um total de 14 enfermarias e 5 isolamentos. A ala par acolhe exclusivamente doentes do foro ortopédico e ortotraumatológico. A ala ímpar acolhe, para além dos doentes do foro ortopédico e ortotraumatológico, doentes das referidas especialidades cirúrgicas e médicas.

Cada enfermaria, para além das camas, mesas de cabeceira e armários de parede contém ainda cadeirões, cadeiras, superfícies de apoio e contentores de resíduos, tornando o espaço para circulação reduzido, não se adequando muitas vezes às necessidades da população alvo.

As dimensões destes espaços, por serem reduzidas comprometem a circulação dos doentes com auxiliares de marcha, quando estes apresentam comprometimento da mesma, dificultando também o treino de autocuidados como a higiene ou uso do sanitário. Nas casas de banho existe um risco acrescido de queda pelo facto de não terem piso antiderrapante na parte do duche, impondo-se a implementação constante de estratégias de prevenção de acidentes por parte de quem presta cuidados a estes doentes.

Contudo existem aspetos positivos relacionados com o espaço, nomeadamente as fitas adesivas de cor verde colocadas no pavimento do corredor a cada metro e de cor vermelha a cada 5 metros que permitem quantificar a distância percorrida aquando da realização de treino de marcha com os doentes.

Esta unidade de cuidados possui um ginásio de reabilitação, equipado com espelho, barras, halteres, pedaleira, entre outros, mas é pouco utilizado pelos profissionais de saúde em benefício dos doentes, por se encontrar na ala contrária àquela em que os doentes se encontram internados, obrigando os profissionais a despendem de mais tempo para aí acompanharem os doentes.

1.2. Caracterização Dos Recursos Humanos E Materiais

Relativamente aos recursos humanos a equipa de enfermagem do serviço de ortopedia do HESE, EPE conta com trinta e sete enfermeiros, dos quais um é o enfermeiro chefe, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, seis são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e vinte e nove são enfermeiros generalistas.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER), para além dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, desempenham funções de coordenação, assumindo a responsabilidade do serviço na ausência do enfermeiro-chefe, ou colaboram na gestão, de acordo com as necessidades do serviço.

A distribuição das horas de cuidados necessários é feita por enfermeiros especialistas e não especialistas de acordo com o sistema de classificação de doentes e método por enfermeiro responsável.

Relativamente ao sistema de classificação de doentes (SCD), segundo descrito no sítio da internet da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), este consiste na identificação dos doentes por indicadores, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, produzindo dados, informação e conhecimento que permitem a normalização de conceitos, a facilitação da comunicação entre serviços e entre hospitais, a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem e a otimização da gestão de recursos de enfermagem. De todos os indicadores apresentados no SCD, aquele que está na base da atribuição dos doentes por enfermeiro responsável é o número de horas de cuidados necessários a cada doente.

O método de trabalho por enfermeiro responsável consiste na prestação de cuidados de enfermagem assente em quatro elementos fundamentais: a responsabilidade, a comunicação interpessoal direta, a designação de cuidados diários pelo método de casos e uma pessoa responsável pela qualidade da prestação de cuidados numa unidade, 24 horas por dia, 7 dias por semana (Silva, 2017). Este método de trabalho permite a atribuição individualizada da responsabilidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes, sendo responsabilidade do enfermeiro não só a decisão dos cuidados a prestar, mas também a própria prestação de cuidados (Silva, 2017).

De acordo com os dados disponíveis na instituição, no relatório de utilização de pessoal de enfermagem por meses no serviço de Ortopedia (Anexo G), referentes ao ano de 2017, para 12452 doentes foram contabilizadas 69016 horas de cuidados necessários, tendo sido contabilizadas 49769,5 horas de cuidados prestados verificando-se a existência de um número de horas de cuidados disponibilizados relativamente ao número de horas necessárias com 19246,5 horas em falta. De acordo com estes dados existe um défice de horas de cuidados definidas como necessárias, face às horas de cuidados prestados. Assim, para que as horas de cuidados prestados fossem equiparadas às horas de cuidados definidas como necessárias,

seria essencial aumentar o rácio de enfermeiros disponíveis por turno (Anexo G). Importa referir ainda que o tempo de demora média dos doentes na unidade de internamento é de 9,9 dias (Anexo D).

No que se refere aos cuidados de enfermagem diferenciados em enfermagem de reabilitação, os EEER organizam o seu trabalho de acordo com prioridades, que definem com base no conhecimento e nas competências específicas que lhe são conferidas pelo título de especialista em enfermagem de reabilitação, cujo corpo de conhecimentos e conjunto de procedimentos específicos “permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2010, p.1). Assim, no início do turno da manhã após a passagem de ocorrências, o EEER traça o seu plano de trabalho, com base nos problemas reais e potenciais dos doentes internados no serviço, concebendo planos de enfermagem de reabilitação individualizados e adequados às necessidades de cada um, passando depois à implementação dos mesmos. Neste contexto os cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes característicos de um serviço de ortopedia visam sobretudo o “aumento da força muscular e amplitude de movimento articular, diminuição da dor, melhoria do equilíbrio, no desempenho das ABVD e na qualidade de vida, e ainda diminuição do tempo médio de internamento” (Sousa & Carvalho, 2016, p. 417).

De acordo com Branco (2016), a reabilitação consiste num processo de prestação de cuidados de saúde integrados em regime de internamento ou ambulatório, no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária, sendo prestados por uma equipa de reabilitação constituída por um grupo de pessoas unidas por objetivos comuns. No serviço de Ortopedia do HESE, EPE existe uma equipa multidisciplinar que, para além da equipa de enfermagem, conta com uma equipa de assistentes operacionais, uma equipa de seis médicos ortopedistas e dois médicos internos da especialidade de ortopedia, um fisioterapeuta e uma assistente social. A reeducação funcional dos doentes é concretizada pelos EEER, em conjunto com o fisioterapeuta, este último de acordo com a prescrição do médico fisiatra e solicitação do médico ortopedista.

A assistente social que dá apoio ao serviço, em conjunto com a Equipa de Gestão de Altas e o EEER, procede à referenciação dos doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com as suas necessidades. Criada em 2006, a RNCCI, com vista à autonomia dos doentes, pretende promover altas hospitalares adequada e oportunamente, prevenir internamentos hospitalares desnecessários e reduzir cuidados de longa duração (Branco, 2016).

As práticas de enfermagem referentes aos cuidados realizados são registadas no sistema informático ALERT.

1.3. Caraterização Da População

Os doentes admitidos neste contexto apresentam habitualmente patologia do aparelho locomotor, que pode dividir-se em patologia músculo-esquelética, ou reumática, e traumática (Sousa & Carvalho, 2016).

A patologia músculo-esquelética, ou reumática, prende-se com alterações funcionais do sistema músculo-esquelético, não relacionadas com traumatismo, onde se incluem doenças metabólicas, degenerativas e inflamatórias. Já a patologia traumática contempla as alterações funcionais do sistema músculo-esquelético decorrentes de traumatismos (Sousa & Carvalho, 2016).

No contexto verificou-se a presença de patologia traumática tanto em jovens como em idosos. Nos jovens, a patologia traumática verificou-se sobretudo em indivíduos do sexo masculino, com fraturas a nível dos membros superiores e membros inferiores, decorrentes de acidentes de viação, o que vai ao encontro do referido por Olson (2011), que refere que os doentes com patologia traumática são frequentemente, do sexo masculino, vítimas de acidente de viação ou de trabalho, com idade compreendida entre 18 e 24 anos.

Nos idosos, a patologia traumática mais frequente foi a FESF, sobretudo em indivíduos do sexo feminino, o que está de acordo com o risco acrescido de queda e fraturas que as mulheres apresentam, relacionadas com a osteoporose (Olson, 2011).

Quanto à patologia músculo-esquelética, verificou-se frequentemente no contexto a presença de osteoartrose, sobretudo em doentes do sexo feminino.

Esta patologia afeta as articulações sinoviais, dando origem à destruição da cartilagem articular, ao aumento do osso subcondral subjacente e à formação de osteófitos (Olson, 2011) e que, de acordo com o verificado neste contexto, atinge maioritariamente as articulações do joelho e da anca.

Tendo em consideração que cerca de 30 a 50% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem de osteoartrose (Loeser, 2010), sendo as mulheres mais afetadas que os homens (Litwic *et al.*, 2013), e que a incidência da FESF aumenta após os 60 anos de idade, pode dizer-se que o doente característico admitido nesta unidade de internamento é do sexo feminino e tem idade superior a 60 anos de idade.

Considerando a idade dos doentes característicos nesta unidade de internamento é de notar que, para além das referidas patologias, estes apresentam comorbidades e pluripatologias, em que dois ou mais diagnósticos se encontram presentes no mesmo indivíduo, que apresenta especial suscetibilidade e fragilidade clínica, sendo, por isso, um doente com elevado risco de dependência e incapacidade (Sociedad Española de Medicina Interna, 2013).

Na unidade de internamento de ortopedia as comorbidades verificadas com maior frequência foram a hipertensão arterial (HTA), a dislipidémia, a obesidade e a diabetes mellitus. A presença destas patologias fez com que os doentes internados nesta unidade apresentassem condição física e comorbidades que exigiam terapêutica para controle das mesmas, o que, frequentemente, teve implicações desfavoráveis no processo de reabilitação dos doentes.

A obesidade constitui uma ameaça à saúde, podendo sobrecarregar todos os sistemas do corpo e aumentando o risco de doença articular, entre outras. Para além de contribuir para a diminuição da mobilidade e da funcionalidade a nível das AVD (Glenn-Molali, 2011), a obesidade faz aumentar o risco de todas as comorbidades referidas como mais frequentes no contexto.

A HTA requer controle terapêutico com anti-hipertensores que têm efeitos secundários suscetíveis de comprometerem o processo de reabilitação destes doentes, como provocar uma diminuição da irrigação cerebral, sobretudo em idosos, dando origem a confusão mental, letargia e falta de iniciativa. Os anti-hipertensores podem também dar origem a problemas de hipotensão ortostática, causando dificuldade ao doente em assumir o ortostatismo e pondo em causa a sua segurança (Schäffler & Menche, 2004).

A diabetes mellitus, quando não se encontra devidamente controlada, poderá dar origem a quadros de hipoglicemia ou hiperglicemia, impedindo transitoriamente o doente de participar no seu processo de reabilitação. As sequelas desta patologia, nomeadamente a perda gradual de visão, também podem contribuir para o insucesso da recuperação dos doentes.

Os doentes característicos apresentam ainda sequelas de patologias prévias e alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a nível cardiopulmonar, músculo-esquelético, cutâneo, neurológico, endócrino, do padrão de sono e das funções hepática, renal, intestinal e genito-urinária (Radwanski, 2011).

Tendo em conta as características, quer da unidade de internamento, quer da população descritas anteriormente, considera-se que este é um contexto que reúne condições para o desenvolvimento das competências pretendidas e para a intervenção no âmbito do autocuidado e da capacitação dos doentes.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

Decorrente das condições patológicas que motivaram o internamento no serviço de ortopedia, bem como dos procedimentos cirúrgicos e ainda de alterações esperadas com o processo de envelhecimento, os doentes internados numa unidade de internamento de ortopedia apresentam, transitoriamente, incapacidade para desempenhar de forma autónoma as suas AVD.

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento contribuem para o comprometimento do autocuidado na medida em que são causadoras de redução da capacidade de trabalho, de diminuição da mobilidade e da postura, de redistribuição da massa muscular e da gordura e muitas vezes da diminuição da memória de curto prazo e aumento do tempo de resposta (Radwanski, 2011).

Apresentando um défice da funcionalidade para o desempenho das suas AVD, estes doentes necessitam de cuidados de enfermagem que visem o treino das mesmas, proporcionando a máxima funcionalidade possível e qualidade de vida, através de estratégias de adaptação e de produtos de apoio (Vigia *et al.*, 2016), ou seja, de cuidados de enfermagem de reabilitação. De acordo com Hoeman (2011), a reabilitação consiste num processo complexo, com necessidade de uma abordagem de cuidados multidisciplinar e interdisciplinar. Para Vigia *et al.* (2016, p.51) é um processo dinâmico que “envolve a reinvenção e redescoberta de novos caminhos que conduzam à capacitação e autonomia da pessoa e cuidador que experiencia a limitação funcional”, reconhecendo-se que neste processo o envolvimento e a participação dos doentes e seus familiares é fundamental.

De acordo com Olson (2011), o nível de participação dos doentes nas atividades de autocuidado depende da sua força e “da sua capacidade e disposição para aprender, e o nível de assistência deve estar de acordo com a extensão da lesão, grau de incapacidade (...), e o tempo decorrido desde o início da doença” (Olson, 2011, p.431). Neste percurso os EEER podem ter um papel fundamental, considerando as competências específicas que lhes são atribuídas, uma vez que estas lhes permitem conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, com base em problemas reais e potenciais, permitindo promover a saúde e as complicações da doença, o tratamento e reabilitação, no sentido da maximização do potencial das pessoas (OE, 2010). De acordo com Hoeman (2011), as decisões

que os enfermeiros tomam relativamente aos cuidados que definem para os doentes são suportadas por teorias e modelos, como por exemplo a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

A Teoria do Défice de Autocuidado, de Orem, é constituída por três sub-teorias inter-relacionadas, sendo estas a teoria do auto cuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Lutz & Davis, 2011; Petronilho & Machado, 2016).

De acordo com Orem, referida por Petronilho & Machado (2016), o autocuidado (AC) consiste numa ação realizada pela pessoa por vontade própria, no sentido da regulação do seu funcionamento, desenvolvimento e fornecimento dos requisitos necessários à vida, sendo que a enfermagem tem por objetivo assistir a pessoa nas suas necessidades de AC, permitindo o regresso ao mesmo (Lutz & Davis, 2011).

Segundo Petronilho & Machado (2011) e com base na Teoria do Autocuidado, qualquer pessoa tem potencial para o AC porque reúne, ao longo da sua vida, habilidades, conhecimentos e experiências. No entanto existem situações, que podem envolver os domínios cognitivo, físico, emocional e comportamental, em que as exigências de cuidados são superiores às capacidades que a pessoa tem para a sua realização, necessitando de suporte (Petronilho & Machado, 2011). Assim, os enfermeiros intervêm na satisfação das necessidades de AC de forma terapêutica, como resultado da incapacidade das pessoas em determinar ou executar as suas necessidades de AC (McEwen & Wills, 2014).

A Teoria do Défice de Autocuidado explicita também o motivo pelo qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, em que se identificam cinco métodos de ajuda – agir ou fazer pela pessoa, substituindo-a; conduzir e orientar; oferecer suporte físico e psicológico; oferecer e manter um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal; e ensinar. O défice de AC estabelece aquilo que a pessoa consegue fazer por si própria e as necessidades de cuidados, o que permite adequar os métodos de suporte e compreender o papel da pessoa no desempenho do AC. Identificado o défice de AC, o enfermeiro intervém no sentido da minimização dos seus efeitos para a pessoa (Petronilho & Machado, 2011).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina a forma como o enfermeiro, a pessoa, ou ambos, dão resposta às necessidades de AC, podendo essa resposta surgir através de intervenções de enfermagem plenamente compensatórias, parcialmente compensatórias e de suporte educativo (Lutz & Davis, 2011; Petronilho & Machado, 2016).

Para além da dependência no autocuidado, os doentes anteriormente descritos atravessam um processo de transição na dicotomia saúde-doença, ao passarem de uma situação de diminuição da funcionalidade, originada pelo processo de doença, para uma situação de maior debilidade, no pós-operatório e, posteriormente para uma situação de melhoria da sua funcionalidade, no seu processo de reabilitação. Estas constatações encontram fundamento na Teoria das Transições, de Afaf Meleis, para quem a ciência da enfermagem descreve, explica e procura compreender a natureza dos fenómenos de enfermagem de modo a antecipar a sua ocorrência (Petronilho & Machado, 2016).

Schumacher & Meleis (2010) consideram que a transição consiste numa alteração do estado de saúde, das relações de função, das expectativas ou das habilidades, consistindo também em alterações a nível das necessidades de todos os sistemas humanos. A transição requer, na pessoa, a integração de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e, por conseguinte, a alteração da definição da própria pessoa em contexto social sendo por isso um processo complexo e multidimensional.

Para Lima *et al.* (2016), na enfermagem as transições relacionam-se com a saúde e a doença e encontram-se estreitamente ligadas ao ciclo vital, relacionando-se com os cuidados de enfermagem quanto à prevenção e intervenção nas ocorrências.

De acordo com a sua natureza, as transições podem ser divididas em tipos (de desenvolvimento, de situação, saúde/doença e organizacional), padrões (única, múltipla, sequencial, simultânea, relacionada e não relacionada) e propriedades (consciencialização, compromisso, mudança e diferença, período de transição e pontos e eventos críticos). As condições da transição podem ser facilitadoras ou inibidoras, podendo os padrões de resposta dividir-se em indicadores de progresso (sentimento de conexão, interação, localização e desenvolvimento de confiança e mecanismos de *coping*) ou de resultado (mestria, identidade integrativa fluída) (Meleis *et al.*, 2010). Assim, por orientar os enfermeiros na definição das necessidades dos indivíduos no processo de transição, permitindo uma perceção abrangente com prevenção, promoção e intervenção, pode dizer-se que a experiência das transições tem implicação para a prática profissional de enfermagem (Lima *et al.*, 2016).

Do ponto de vista teórico podemos então afirmar que foi na teoria das transições e na teoria do défice de AC que encontrámos o suporte para o desenvolvimento da prática clínica no Estágio Final, porque do

envolvimento no contexto em que decorreu esta unidade curricular - Unidade de Internamento de Ortopedia, do HESE, EPE - foi possível perceber o processo de transição de saúde/doença e autonomia/dependência em que estes doentes se encontram, assim como os défices, a nível dos autocuidados, que apresentam.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Os cuidados de enfermagem no contexto onde teve lugar a implementação do projeto de intervenção têm por base o modelo de cuidados assente na teoria do défice de autocuidado de Orem. A identificação dos problemas é realizada aquando da avaliação inicial, na admissão do doente, de acordo com informação recolhida, decorrente de entrevista e da observação realizada pelos enfermeiros.

Tendo por base a linguagem unificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®), os problemas mais frequentemente identificados são: Andar comprometido; Andar com auxiliar de marcha comprometido; Pôr-se de pé comprometido; Autocuidados arranjar-se, higiene, ir ao sanitário e vestuário comprometidos; Equilíbrio corporal comprometido; Transferir-se comprometido; Dor; Risco de comprometimento da função respiratória, devido ao período de imobilidade; Défice de conhecimento relativamente ao processo de recuperação.

Andar é sinónimo de independência, favorecendo a capacidade da pessoa para o desempenho das suas AVD. Sendo um dos movimentos mais frequentes, a marcha baseia-se na simetria corporal, no equilíbrio e na estabilidade postural, resultando da interação dos sistemas nervoso e osteo-muscular (Lenardt *et al.*, 2015, referidos por Marques-Vieira e Caldas, 2016).

De acordo com a CIPE® o termo andar é descrito como “Mobilizar-se: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)” (CIPE, 2011, p.41), tendo o termo andar com auxiliar de marcha a mesma descrição, acrescentada de “(...) utilizando um ou mais auxiliares de marcha como calçado de correção, membro artificial, bengala, tala, canadianas ou andarilho (...)” (CIPE, 2011, p.41).

Inerentemente, e previamente, à marcha, a pessoa deve conseguir assumir e manter a posição ortostática, consciencializando-se do seu corpo, corrigindo a postura e mantendo o equilíbrio corporal (Marques-Vieira & Caldas, 2016). Assim, pôr-se de pé, ou erguer-se, consiste, de acordo com a CIPE®, em “(...) Mover-se, modificando a posição do corpo para a vertical” (CIPE, 2011, p.52).

O equilíbrio corporal é definido pela segurança do corpo e coordenação muscular, óssea e articular para o movimento, erguer, sentar ou deitar (CIPE, 2011).

O termo transferir-se refere-se à capacidade para mover-se de um local para outro (CIPE, 2011).

O autocuidado refere-se a uma atividade que é levada a cabo pela própria pessoa, tratando do que é necessário para se manter, permanecer funcional e lidar com as necessidades individuais e as atividades de vida diária (Petronilho & Machado (2016).

Segundo Petronilho & Machado (2016), para Orem (2001) o AC consiste numa ação que as pessoas realizam de forma voluntária, para regularem o seu funcionamento e desenvolvimento, sendo a sua realização uma questão de ordem pessoal, de acordo com rituais, hábitos, horários e aprendizagem no seio das famílias e culturas (Hoeman *et al.*, 2011).

O termo dor compreende de um modo geral, de acordo com a CIPE®, o aumento de sensação corporal desconfortável, uma expressão facial característica, a alteração do tónus muscular e comportamentos de autoproteção (CIPE, 2011). É de referir que a dor é um termo abrangente, contendo variados tipos. O diagnóstico de enfermagem de reabilitação neste contexto refere-se à dor musculoesquelética, que tem origem muscular ou articular e que “é habitualmente referida como profunda, maciça e surda, activada pelos movimentos de partes do corpo ou de todo o corpo, mas presente também nos períodos de repouso.” (CIPE, 2011, p.51). Relativamente à dor, importa referir a sua subjetividade, não se devendo limitar a mesma à sua expressão neurosensitiva, mas sim encará-la também como uma mensagem emocional (Marquez, 2011). “Pode ser uma sensação adaptativa, um alerta precoce para proteger o corpo de lesões teciduais, ou eventualmente ser uma má adaptação, refletindo um funcionamento patológico do sistema nervoso. (...). Pode ser como um sistema de alarme ativado para impedir danos ao organismo.” (Marquez, 2011, p.28).

O comprometimento da mobilidade, relacionado com a doença/traumatismo tem consequências a nível de todos os sistemas, sendo que as consequências relativas à função respiratória podem constituir uma ameaça à vida (OE, 2013). Assim, o risco de comprometimento da função respiratória encontra-se presente, tendo em consideração o período de imobilidade a que os doentes característicos no contexto são sujeitos, que pode ser mais ou menos prolongado.

O termo conhecimento, enquanto conceito, consiste num “(...) Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.” (CIPE 2011, p.45), sendo que o EEER possui “uma competência única para a educação dos doentes e famílias para os habilitarem a tornar-se autoridades quanto à sua condição e situação” (Hoeman, 2011, p.1).

Os efeitos benéficos de programas de educação pré-operatórios estão demonstrados (Thomas et al, 2004). De acordo com Claeys, Mosher, and Reesman (1998) referidos por Thomas *et al.* (2004), após serem sujeitos a um programa de educação pré-operatório, os doentes referiram sentirem-se mais preparados quanto ao que esperar, sendo a informação útil. A equipa de trabalho notou que os doentes que participaram no programa encontravam-se melhor preparados para a cirurgia, mais ansiosos pelo início da deambulação e dos exercícios e mais realistas acerca da duração do internamento.

Sendo incontornável “a caracterização da condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia” (OE, 2014, p.2) os cuidados de enfermagem de reabilitação suportaram-se no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014), que por sua vez se encontra sustentado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nas Competências Específicas do EEER e segue o referencial da OE relativo à CIPE® e aos Sistemas de Informação em Enfermagem.

3.1. Problemática

O processo natural de senescência, faz com que a pessoas apresentem uma deterioração fisiológica do organismo, juntamente com as perdas funcionais à medida que envelhecem, decorrentes da não utilização e as sequelas de doenças agudas anteriores ou crónicas, que originam alterações de estrutura e de função a nível de todos os sistemas e restrição da atividade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As alterações estruturais a nível do sistema locomotor manifestam-se precocemente, originando alterações da aparência, da estrutura física e do funcionamento orgânico, ficando este sistema mais predisposto à ocorrência de determinadas patologias, como a OA ou a osteoporose, que, como responsável por uma maior fragilidade óssea, faz aumentar a incidência de FESF.

Quer em caso de OA, quer em caso de FESF, as pessoas podem ser submetidas a uma artroplastia da anca, para melhoria da funcionalidade, satisfação e qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2016). No entanto, durante este processo experimentam uma transição, em que irão deparar-se com a restrição da sua funcionalidade, podendo apresentar maior predisposição para problemas decorrentes da imobilidade, não só pela restrição da função, mas também pelas alterações fisiológicas que apresentam. A nível do sistema músculo-esquelético, reconhecem-se como efeitos da imobilidade a afeição do comprimento dos músculos, a perda de capacidade articular devido à falta de suporte de peso, alterações a nível da amplitude de movimentos e a perda de força muscular (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Considerando estes efeitos, reconhece-se a necessidade de uma intervenção precoce, dirigida à prevenção dos mesmos, por forma a que uma diminuição transitória da funcionalidade não se torne em incapacidade (OE, 2013). Uma revisão sistemática recente (Huang, Sung, Wang & Wang, 2017) concluiu que os cuidados de enfermagem baseados no processo de enfermagem aplicados aos exercícios funcionais em doentes submetidos a artroplastia da anca, antes e após a cirurgia foram significativamente melhores para os doentes do que abordagens que não tiveram em conta o processo sistematizado de intervenção que é o processo de enfermagem, porque permite realizar os cuidados de enfermagem baseados nas necessidades concretas perante uma doença ou situação de dependência e realizar o cuidado de enfermagem segundo uma tabela de caminhos baseada nas necessidades de assistência médica para uma doença (Huang *et al.*, 2017).

Na unidade de Internamento de Ortopedia do HESE, EPE, não existe um protocolo de atuação para a reabilitação dos doentes submetidos a artroplastia da anca, sendo os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados a estes doentes de acordo com o critério de cada EEER e dirigidos às necessidades identificadas. As principais necessidades destes doentes prendem-se com a dependência a nível do autocuidado relacionada com a restrição funcional e com o défice de conhecimento acerca da artroplastia da anca e dos aspetos a ter em consideração aquando da mesma.

Assim, identificou-se como problemática do projeto de intervenção a capacitação dos doentes submetidos a artroplastia da anca, visando a sua transição para uma recuperação global e marcha eficaz.

Habel (2011, p.62) refere que “a educação dá poder aos doentes (...)”, uma vez que lhes fornece conhecimentos e capacidades para a gestão dos seus cuidados e para o controlo da sua vida, pelo que toda e qualquer interação com os doentes deve ter um carácter educativo e ser encarada como um momento de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências (Habel, 2011).

A capacitação constitui “um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação.” (Reis & Bule, 2011, p.57), sendo que a construção do conhecimento condiciona a decisão sobre a ação, que por sua vez se altera no tempo, resultando da decisão, do potencial e dos recursos para a sua realização, pelo que capacitar implica os domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2011).

Contudo, quando se trata da capacitação de adultos mais velhos, há que ter em consideração que esta pode ser comprometida por compromissos sensoriais, alteração dos processos cognitivos, resistência, efeitos secundários da medicação, alterações nutricionais e necessidade frequente de ir ao sanitário (Habel, 2011). De acordo com Allen (2002), referido por Habel (2011), os doentes idosos poderão aprender melhor se lhes for apresentado material lentamente, com várias sessões e pouca informação de cada vez; o educador falar num tom de voz mais baixo; lhes for permitido tempo para integrar e assimilar conceitos; a informação for repetida frequentemente; a informação oral for complementada com material audiovisual; forem diminuídas as distrações externas; e forem realizadas experiências de grupo. Ainda assim é sabido que os doentes idosos não realizam mudanças com facilidade.

De acordo com Reis & Bule (2011), a nível pessoal, a forma mais simples de capacitação tem a sua tradução nas atividades que visam suprir necessidades básicas pelo que outro aspeto importante que se prende com a capacitação dos doentes submetidos a artroplastia da anca é o défice de AC que, geralmente, apresentam, alteração em que os EEER intervêm de forma terapêutica, com vista à promoção de capacidades adaptativas no processo de transição saúde/doença.

Tendo em conta os défices de autocuidado e a transição experimentada pelos doentes e considerando que o projeto de intervenção desenvolvido tem o seu foco na recuperação global e marcha eficaz dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, tentou-se perceber também quais as intervenções

dos EEER no ensino de doentes submetidos a artroplastia da anca que poderiam contribuir para essa recuperação. Assim foi realizada uma revisão integrativa da literatura, de modo a obter informação atual e sistematizada, relativamente às intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas ao ensino de doentes submetidos a artroplastia da anca suscetíveis de produzir ganhos em saúde (apêndice A). Apesar de não ter sido encontrada evidência suficiente que permitisse identificar e descrever as intervenções de ensino e treino suscetíveis de produzir resultados nos doentes submetidos a artroplastia, a pesquisa permitiu concluir que existe consenso considerável relativamente à sua importância nestes doentes.

Decorrente do envolvimento no contexto em que foi desenvolvido o estágio final, bem como da análise dos cuidados aí produzidos, foi então identificada a necessidade de uniformização e sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, e perspetivou-se a elaboração de um protocolo de atuação que reunisse as intervenções de ER a realizar junto destes no sentido de poder dar mais contributos para a recuperação global e marcha eficaz dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca.

4. OBJETIVOS

De acordo com o Artigo 3º do Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem da Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, pretende-se que no estágio final o estudante aprofunde e desenvolva competências de acordo com a sua área de especialização. O mesmo documento indica que nesse percurso o estudante deverá elaborar um projeto de intervenção e o respetivo relatório que demonstre a concretização dos objetivos e aquisição das competências inerentes à sua área de especialização, a de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, respondendo também às exigências para a obtenção do grau de mestre, elucidativo da capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, da fundamentação das escolhas com base na teoria e evidência científica.

De modo a dar resposta às exigências do grau de mestre, espera-se que o mestrando possua conhecimento passível de ser desenvolvido e aprofundado, servindo de base ao desenvolvimento de aplicações originais. É igualmente suposto que saiba aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas, dentro da sua área de atuação e que integre novos conhecimentos, que lhe permitam lidar com questões complexas traduzindo competência para a aprendizagem contínua (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro). Tendo em conta que a capacitação para o autocuidado é fundamental nas pessoas idosas, e sobretudo nas submetidas a artroplastia, considerou-se a capacitação dos doentes o principal foco de atenção no sentido de tornar a transição bem sucedida.

Marconi & Lakatos (2003) referem que os objetivos gerais se prendem com uma visão global e abrangente do tema, pelo que foi definido como objetivo geral deste projeto de intervenção recuperar, do ponto de vista global, os doentes idosos submetidos a artroplastia da anca e contribuir para a marcha eficaz no momento da alta.

Relativamente aos objetivos específicos, estes ajudam a direcionar o rumo que a pesquisa irá seguir, ou seja a concretizar o objetivo geral, pelo que se definiram como objetivos específicos:

- Avaliar o desempenho das AVD, o equilíbrio corporal, a força muscular, a dor e a amplitude articular da articulação coxo-femural, do joelho e da articulação tíbio-társica dos doentes idosos submetidos a

artroplastia da anca, utilizando instrumentos de recolha de dados adequados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação;

- Identificar alterações a nível do desempenho de AVD, do equilíbrio corporal, da força muscular, da dor e da amplitude articular das articulações do membro inferior dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca;

- Identificar défices de conhecimento relativamente aos aspetos a ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, através de uma checklist;

- Implementar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, dirigido à reabilitação funcional dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, de acordo com os défices identificados;

- Avaliar os resultados do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação implementado, no 3º ou 4º dia pós-cirurgia e aquando da alta;

- Validar os conhecimentos adquiridos, relativamente aos aspetos considerados fundamentais de ser aprendidos nos doentes submetidos a artroplastia da anca.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS DOENTES IDOSOS SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA DA ANCA

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2017), estima-se que entre 2015 e 2080, a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal passará de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, pelo que o envelhecimento populacional constitui, nos dias de hoje, um dos maiores desafios, uma vez que o aumento da longevidade acarreta também o aumento dos problemas.

O envelhecimento constitui-se como um “processo progressivo, gradual e variável, caracterizado pela perda crescente de reserva funcional” (Mesquita *et al.*, 2009, p.68), em consequência do qual se verificam alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que fazem com que as pessoas idosas apresentem maior predisposição para determinadas patologias, eventualmente responsáveis por limitações funcionais (Mesquita *et al.*, 2009).

Pela sua incidência, a patologia músculo-esquelética e a patologia traumática revestem-se de particular importância nas pessoas idosas. Lucas e Monjardino (2010) referem que estas doenças são, internacionalmente, a causa mais frequente de morbidade e que, em 2005, na Europa, estimou-se uma prevalência pontual de dor de causa musculoesquelética entre 20 e 30% na população adulta. De entre as patologias músculo-esqueléticas destacam-se nos idosos a OA e as FESF, especialmente nas mulheres (Sousa & Carvalho, 2016).

A OA consiste numa doença degenerativa, que envolve a cartilagem e muitos dos seus tecidos circundantes, associada a danos ou perda de cartilagem, remodelação do osso subarticular, formação de osteófitos, laxidão dos ligamentos, enfraquecimento dos músculos periarticulares e, em muitos casos, inflamação sinovial (Litwic *et al.*, 2013). A OA pode desenvolver-se em qualquer articulação, sendo a anca uma das mais afetadas (Litwic *et al.*, 2013), designando-se, quando verificada a nível da anca, de coxartrose. Hutchinson *et al.* (2018) referem que com uma população envelhecida e a epidemia de obesidade, a OA tende a tornar-se um problema ainda maior. Para além da obesidade, constituem fatores de risco para a OA a displasia articular, o trauma articular, a idade, o sexo, os fatores genéticos e a ocupação (Lespasio *et al.*, 2018).

De acordo com Graup *et al.* (2009), aquando da coxartrose, a dor, a rigidez, a limitação de movimentos e a fragilidade contribuem para o aparecimento de um quadro de incapacidade, “podendo restringir o andar em piso plano, dificultar o deslocamento em escadas e o levantar de um assento, assim como outros gestos da vida diária, necessários para a independência funcional do indivíduo” (Graup *et al.*, 2009, p. 357).

Quanto à patologia traumática, são consideradas FESF as fraturas do segmento ósseo delimitado na extremidade proximal pelo limite inferior da cabeça do fémur e na extremidade distal por um nível que se situa 5 centímetros abaixo do limite inferior do pequeno trocânter (Direção Geral da Saúde, 2003). As FESF ocorrem maioritariamente em contexto de queda e, tal como referido anteriormente, são mais frequentes no sexo feminino e em idade superior a 65 anos (DGS, 2003), com um pico de incidência na faixa etária entre os 70 e os 79 anos de idade, devido à osteoporose (Sousa & Carvalho, 2016).

Sendo a queda o principal agente para a ocorrência de FESF, os principais fatores de risco para a mesma prendem-se com a idade, o sexo, a osteoporose e outras comorbidades, o regime terapêutico, o consumo de substâncias, a menopausa precoce, o sedentarismo, a incapacidade física e as alterações do equilíbrio e da capacidade cognitiva (Sousa & Carvalho, 2016).

Conduzindo a um aumento da morbidade e mortalidade, as FESF ocupam um lugar importante junto dos idosos, tanto pela sua frequência, como pela sua gravidade, uma vez que conduzem a um aumento da dependência e da mortalidade de aproximadamente 50%, no espaço de um ano (Mesquita *et al.*, 2009). Consequentemente, e decorrente da incapacidade, aumenta a probabilidade de institucionalização e de diminuição da qualidade de vida, implicando custos sociais e económicos elevados (DGS, 2003; Sousa & Carvalho, 2016).

Constituem indicação para artroplastia da anca, na pessoa com coxartrose, o compromisso da marcha e a presença de dor severa diária, com evidência radiológica de perda de espaço articular (Litwic *et al.*, 2013). No que diz respeito à FESF, a artroplastia da anca está indicada nas fraturas subcapitais descolaptadas e nas transcervicais, podendo proceder-se a artroplastia parcial ou total, mediante fatores como a idade, a atividade física e o potencial funcional (DGS, 2003).

5.1. A Artroplastia Da Anca

A articulação da anca, ou coxo-femural, é uma enartrose que une a cabeça do fémur ao acetábulo do osso coxal e que se encontra envolvida por massas musculares robustas, sendo considerada a articulação mais potente do corpo humano, pelas forças a que se encontra sujeita (Pina, 2010). Sendo uma enartrose, ou articulação esferoideia, as superfícies articulares da articulação coxo-femural são aproximadamente esféricas, o que lhe permite movimentos extensos e variados (Pina, 2010), nomeadamente de flexão, extensão, rotação interna e externa, abdução e adução.

A artroplastia da anca constitui um procedimento cirúrgico de ortopedia, no qual ocorre a substituição ou restauro da articulação coxo-femural por uma prótese, com vista à recuperação do movimento e funcionalidade articular, podendo ser parcial ou total (Barros *et al.*, 2017). Pode ser unipolar ou bipolar, sendo que a primeira consiste na substituição apenas da cabeça e colo do fémur e a segunda na substituição dos referidos elementos anatómicos por uma prótese constituída por múltiplos componentes, em que o componente femural do tipo “bola-e-cabo (...) se move livremente dentro de uma concha de polietileno, que (...) se insere dentro de uma taça de metal que se move dentro do acetábulo” (Kisner & Colby, 2009, p.694). No caso da artroplastia total ambas as superfícies ósseas são substituídas por próteses (Barros *et al.*, 2017).

De acordo com a DGS (2003), em pessoas com idade avançada ou com pouca mobilidade, ou ambos, deve ser realizada artroplastia parcial unipolar. Em pessoas com idade avançada mas fisicamente ativas e sem sinais de coxartrose deve ser realizada artroplastia parcial bipolar. Em pessoas com maior esperança de vida e elevado potencial funcional deve ser realizada artroplastia total da anca. De acordo com um relatório da European Commission (2012), a artroplastia pode ser considerada uma intervenção segura com altos níveis de satisfação dos doentes. No caso da artroplastia total, e de acordo com o mesmo relatório, um ano após a cirurgia mais de 90% dos pacientes com osteoartrite declaram que estão satisfeitos com os resultados (European Commission, 2012).

De acordo com Stiff (2010), as próteses podem ser cimentadas, procedendo-se à sua fixação com cimento ósseo, não cimentadas, nas quais a fixação é feita diretamente na superfície óssea sem recurso

a cimento, e híbridas como no caso da artroplastia total da anca em que o componente acetabular é fixado à bacia com recurso a parafusos, sendo o componente femural fixado, ou não, com cimento ao fêmur. As próteses mais utilizadas são as cimentadas e as não cimentadas, sendo as primeiras uma melhor opção em pessoas com idade mais avançada, com má qualidade óssea, com mau estado geral ou curta expectativa de vida. Quanto às próteses não cimentadas estão indicadas em pessoas mais jovens, com boa qualidade óssea e nas quais se preveem posteriores revisões protésicas (DGS, 2003; Stiff, 2010; Gomes, 2013).

Relativamente ao tipo de abordagem cirúrgica permanece, segundo Gomes (2013), alguma controvérsia, pois as mesmas têm diferentes implicações na recuperação pós-operatória a curto e a longo prazo, na dor pós-operatória, na estabilidade da marcha e na probabilidade de luxação (Saraiva *et al.*, 2014), fatores de elevada importância para a reabilitação pós-operatória da pessoa submetida a artroplastia da anca.

A artroplastia da anca constitui-se, assim, uma opção de tratamento, quer para a coxartrose, após tentativa de tratamento conservador, quer para as FESF (DGS, 2003).

Independentemente da situação que conduza à artroplastia da anca e dos tipos de prótese, fixação ou abordagem cirúrgica, o principal objetivo do tratamento é que os doentes retornem de forma célere a um nível de funcionalidade que lhes permita a independência, a satisfação e a preservação da autoestima (Violante, 2014).

5.2. Cuidados De Enfermagem De Reabilitação Ao Doente Submetido A Artroplastia Da Anca

Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente submetido a artroplastia da anca visam a prevenção de complicações, como a luxação da prótese, comum nas primeiras semanas após a cirurgia quando a resistência dos tecidos ainda não foi recuperada (European Commission, 2012), a reeducação funcional motora e a capacitação para o autocuidado, visando melhorar a funcionalidade, maximizando

as suas capacidades e redefinindo estratégias para a promoção da reinserção social, familiar e profissional (Sousa & Carvalho, 2016).

5.2.1. O ensino ao doente submetido a artroplastia da anca

De acordo com Sousa & Carvalho (2016), os cuidados de enfermagem de reabilitação pré-operatórios, dirigidos aos doentes que vão ser submetidos a artroplastia da anca devem visar, essencialmente, a educação, fornecendo informação sobre exercícios e estratégias de alívio da dor, o que permite a redução da ansiedade, a familiarização com a situação e preparação para os procedimentos seguintes.

O programa de educação pré-operatória dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca deve estender-se à família destes e deve contemplar informação relativa ao procedimento cirúrgico, à prevenção de complicações, ao período previsível de recuperação e reabilitação, exercícios de reabilitação, instruções para a alta e recuperação no domicílio (Cunha, 2008; Sousa & Carvalho, 2016; Huang *et al.*, 2017). Assim, os EEER devem facultar informação relativa aos objetivos do programa de reabilitação, às ajudas técnicas necessárias e à reeducação funcional motora e respiratória (Sousa & Carvalho, 2016). Devem ainda realizar ensinamentos dirigidos à prevenção de luxação da prótese, aos autocuidados higiene, ir ao sanitário e vestuário, às transferências, a subir e descer escadas e a andar com auxiliar de marcha (Cunha, 2008; Sousa & Carvalho, 2016).

De acordo com Saunders *et al.* (2018), é essencial para os doentes submetidos à substituição de uma articulação, a educação em três momentos: antes da admissão, no período pré-operatório e no período pós-operatório. Segundo a mesma autora, vários estudos têm explorado os efeitos de programas de educação nos resultados dos doentes, incluindo o tempo de permanência no hospital, a dor, a habilidade funcional, o conhecimento, a ansiedade e a qualidade de vida.

Segundo Huang *et al.* (2012), um programa de reabilitação pré-operatório simples, pode reduzir o tempo de permanência no hospital, bem como reduzir a despesa, constituindo uma boa medida com boa relação custo-benefício.

De acordo com os resultados de uma revisão sistemática de McDonald *et al.* (2014), a educação pré-operatória oferece benefícios sobre os cuidados usuais relativamente a *outcomes* cirúrgicos como a dor, a função e presença de complicações, podendo representar um complemento útil, com baixo risco de efeitos indesejáveis. A mesma revisão permitiu ainda perceber que a informação prévia assegura uma melhor compreensão do procedimento cirúrgico, bem como das medidas pós-operatórias, o que promove a recuperação e o bem-estar.

Cooke *et al.* (2016) consideram a educação pré-operatória de extrema importância, no sentido do encorajamento dos doentes a assumir um papel central na sua recuperação, promovendo resultados positivos sustentáveis e de longo prazo.

De acordo com Sousa & Carvalho (2016) a educação pré-operatória deve visar exercícios e estratégias de alívio da dor, permitindo a redução da ansiedade, a familiarização com a situação e a preparação para os procedimentos seguintes (Sousa & Carvalho, 2016).

Outros autores, como Hohler (2018), consideram a educação prévia à cirurgia acerca de perda de peso, gestão da dor, intervenções de fisioterapia, prevenção de tromboembolismo venoso, infeção e luxação da prótese fundamentais por permitirem resultados nos doentes, tais como estes conseguirem andar no final do dia da cirurgia e recuperar a força e a funcionalidade em poucas semanas.

Para Huang *et al.* (2017) a disponibilização de informação acerca da estrutura da anca, fatores de risco, cuidados antes e após a cirurgia, complicações, cuidados após a alta, demonstração de reabilitação com figuras, identificação de necessidades a nível dos autocuidados e fornecimento de suporte e aconselhamento para a resolução de problemas e tomada de decisão são intervenções suscetíveis de produzirem resultados nos doentes como a aquisição de competências mais elevadas a nível do autocuidado e da autoeficácia, menor predisposição para a depressão e melhorias significativas a nível das atividades de vida, mobilidade e qualidade de vida. Para Choi (2016) a disponibilização de material educativo, aquando

da alta, que combine informação escrita com imagens, permite a melhoria de compreensão e recordação dos doentes.

Chang *et al.*, (2017) também concluíram que a implementação prévia à cirurgia (12 semanas) de um programa de resistência e caminhada permite o fortalecimento da musculatura da coxa e aumenta os movimentos de amplitude com resultados na diminuição do tempo no teste Timed Up-and-Go (TUG), o aumento da distância no teste de 6 minutos de caminhada e o aumento da perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde. Para Cooke *et al.* (2016) a educação para a autoeficácia, no período pré-operatório, com enfoque na modificação de comportamentos, melhoria da auto-confiança e resolução de problemas e o ensino de exercícios, conduziram a melhores resultados na gestão da dor.

Com base na revisão da literatura, no quadro 1 sistematizam-se os tópicos que devem ser ensinados a estes doentes.

Quadro 1 – Tópicos a ensinar aos doentes submetidos a artroplastia da anca

Reeducação funcional respiratória
Exercícios deitado
Levantar e deitar
Deambulação com auxiliar de marcha
Subir e descer escadas
Sentar e levantar de cadeiras, com e sem braços
Utilização do sanitário
Banho
Prevenção de luxação da prótese

(Adaptado de Sousa & Carvalho, 2016; Cunha, 2008)

5.2.2. Cuidados de enfermagem de reabilitação pré-operatórios

Os cuidados de enfermagem de reabilitação pré-operatórios aos doentes que vão ser submetidos a artroplastia da anca visam essencialmente a sua educação, pelo fornecimento de informação relativa aos objetivos do programa de reabilitação, ajudas técnicas necessárias, reeducação funcional motora e respiratória (Sousa & Carvalho, 2016) e autocuidados (Cunha, 2008; Sousa & Carvalho, 2016).

De um modo geral, uma cirurgia causa um grande impacto sobre o bem-estar físico, social e emocional da pessoa (Costa Júnior *et al.*, 2012). Nos doentes submetidos a artroplastia é de extrema importância proporcionar-lhes cuidados e conselhos apropriados e orientados para a promoção do seu estado funcional e da sua qualidade de vida, e também para a prevenção de complicações (Huang *et al.*, 2017).

Aquando da admissão na unidade de internamento deve ser realizada a avaliação da pessoa, do ponto de vista das capacidades cognitivas, autocuidado, equilíbrio corporal, amplitude articular, força muscular e presença de dor, complementada com informação sobre os aspetos sociodemográficos e antecedentes pessoais.

Em função da situação que motiva a artroplastia, os resultados desta avaliação podem apresentar grande disparidade. Quando a situação que motiva a artroplastia da anca é decorrente de patologia músculo-esquelética ou reumática, como a OA, os doentes apresentam, na avaliação inicial, melhores resultados a nível dos focos avaliados, comparativamente a doentes cuja artroplastia seja motivada por patologia traumática, como a FESF, uma vez que estes doentes, durante o período de tempo que antecede a cirurgia, mantêm imobilização do membro, e conseqüentemente, estão confinados ao leito (Sousa & Carvalho, 2016).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação pré-operatórios dirigidos à pessoa com FESF devem ainda considerar, de acordo com Sousa & Carvalho (2016): a redução do edema (realização de contrações isométricas, massagem no sentido ascendente e mobilizações passivas do membro lesado); a melhoria da força e contratilidade muscular do membro lesado (contrações isométricas breves, durante 5/6 segundos, sem fadiga), do membro são e dos membros superiores (exercícios ativos e resistidos); a reeducação diafragmática; a crioterapia para estabilização e redução do edema e da dor no membro lesado; a massagem

abdominal, para favorecimento do peristaltismo intestinal; e o fortalecimento da musculatura abdominal e intervertebral através de exercícios abdominais e de ponte.

No quadro 2 sistematizam-se os cuidados de reeducação funcional motora e reeducação funcional respiratória que devem ser prestados aos doentes no período pré-operatório.

Quadro 2 – Reeducação funcional pré-operatória do doente submetido a artroplastia da anca

Reeducação Funcional Respiratória		<ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização dos tempos respiratórios; - Reeducação abdomino-diafragmática; - Reeducação costal; - Tosse dirigida e assistida; - Intervenções dirigidas a patologia cárdio-respiratória, caso se verifique. 	
Reeducação Funcional Motora	Exercícios Isométricos	- Abdominais, glúteos, quadricípites e gastronémios.	
	Exercícios Isotónicos	OA	<ul style="list-style-type: none"> - Extensão/Flexão acima de 90° e Abdução/adução até à linha média da articulação coxo-femural; - Extensão/flexão do joelho; - Flexão plantar/dorsiflexão da articulação tíbio-társica.
		FESF	- Mobilizações ativas resistidas do membro inferior são e membros superiores.

(Adaptado de Sousa & Carvalho, 2016; Kisner & Colby, 2009; Cordeiro & Menoita, 2012)

5.2.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação pós-operatórios

Após a artroplastia da anca os cuidados de enfermagem de reabilitação devem visar a prevenção de complicações como a luxação da prótese, o tromboembolismo venoso (Sousa & Carvalho, 2016; Hohler, 2018) e infeção (Olson, 2011; Hohler, 2018), a reeducação funcional motora e a promoção do autocuidado e da independência, não devendo ser descurados os cuidados respiratórios, com a implementação de intervenções de reeducação funcional respiratória, para prevenção de complicações do foro respiratório (Cordeiro & Menoita, 2012).

Nos dias que correm, a incidência de complicações intra e pós-operatórias é considerada baixa, no entanto, caso surjam, poderão comprometer o processo de reabilitação e de restauração da funcionalidade (Kisner & Colby, 2009).

A luxação da prótese constitui a complicação mais frequente nos primeiros 2 a 3 meses de pós-operatório, enquanto os tecidos moles que dão suporte à articulação se encontram em processo de cicatrização (Kisner & Colby, 2009). O relatório do Joint Research Centre Institute for Health and Consumer Protection (European Commission, 2012) refere que as taxas de luxação aos 90 dias após cirurgia são de 3,1% na artroplastia primária e 8,4% após cirurgia de revisão. No que diz respeito aos cuidados para a prevenção desta complicação, os membros inferiores dos doentes operados devem ser mantidos em abdução com auxílio de almofada ou triângulo abductor (Cunha, 2008; Olson, 2011; Sousa & Carvalho, 2016), sempre que estes se encontrem em decúbito dorsal ou lateral, para evitar a adução (Olson, 2011). Devem ser realizados ensinamentos aos doentes para não fazerem flexão do tronco sobre a cintura acima de 90° (Hohler, 2018), não cruzarem as pernas, não se sentarem em cadeiras ou sanitas baixas, não fazerem rotação interna ou externa do membro operado e não se deitarem para o lado operado (Cunha, 2008).

Para a prevenção do tromboembolismo venoso recomenda-se a realização de exercícios ativos de flexão e extensão da articulação tíbio-társica e exercícios isométricos (Sousa & Carvalho, 2016). Olson (2011) considera de suma importância a monitorização da coloração e temperatura da pele, a monitorização da sensibilidade, da dor, do pulso e do edema no membro operado.

Quanto a cuidados relacionados com a prevenção de infeção devem ser detetados precocemente sinais como febre, rubor, edema, dor aumentada e drenagem na sutura operatória (Olson, 2011). Devem igualmente ser ensinados aos doentes operados e aos respetivos cuidadores sinais e sintomas de infeção e medidas de atuação (Hohler, 2018).

A crioterapia é referida como benéfica no pós-operatório imediato (Marques & Kondo, 1998; Morsi, 2002, referidos por Borges, 2015) uma vez que o seu efeito dá origem a uma sensação anestésica, pela redução do espasmo muscular, redução do desconforto e do risco de hemorragia.

Segundo Hoeman, Lizner & Alverzo (2011), situações limitantes ou incapacitantes da função articular conduzem à deterioração da mesma, motivo pelo qual a reeducação funcional motora se dirige, não só ao membro inferior operado, como ao membro contralateral e membros superiores.

Assim, o membro inferior são e os membros superiores devem realizar mobilizações ativas-resistidas funcionais, dirigidas aos grupos musculares recrutados aquando das transferências e deambulação com auxiliares de marcha (Kisner & Colby, 2009).

O fortalecimento muscular do membro operado deve ser realizado através de: exercícios isométricos do quadricípite, extensores e abdutores da coxa; e exercícios isotónicos de amplitude de movimento através de mobilizações ativas-assistidas da articulação coxo-femural dentro de amplitudes protegidas; mobilizações ativas, no leito, de flexão e extensão do joelho com deslizamento do calcanhar na base do leito e mobilizações ativas da articulação coxo-femural na posição ortostática (Kisner & Colby, 2009; Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

Devem ainda ser ensinados, ou reforçados se iniciados no pré-operatório, e treinados aspetos relacionados com transferências, higiene, ir ao sanitário, vestuário, deambular com auxiliar de marcha e subir e descer escadas (Cunha, 2008; Sousa e Carvalho, 2016).

Quanto à reeducação funcional respiratória no doente submetido a cirurgia, esta visa a prevenção de complicações respiratórias, através da evicção e correção de alterações posturais e defeitos ventilatórios, da manutenção da permeabilidade da via aérea, da reeducação no esforço e melhoria da função da mus-

culatura respiratória pelo que devem ser realizadas intervenções de consciencialização da respiração, re-educação abdomino-diafragmática e costal e ensino da tosse dirigida e assistida (Cordeiro & Menoita, 2012; Sousa e Carvalho, 2016).

5.3. Projeto De Intervenção Profissional

Considerando os objetivos da Unidades Curricular Estágio Final, o envolvimento no contexto em que foi desenvolvido e a análise dos cuidados aí produzidos, foi identificada a necessidade de uniformização e sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, pelo que se perspetivou a elaboração de um protocolo de atuação que reunisse as intervenções de ER a realizar com estes doentes.

O quadro 3 contempla os focos e intervenções de enfermagem, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014).

Quadro 3 – Focos e Intervenções a desenvolver com os doentes submetidos a artroplastia da anca, de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Foco	Intervenções
Movimento Muscular	- Avaliar força muscular
	- Avaliar amplitude articular
	- Executar técnica de exercício muscular e articular através de exercícios isométricos e isotónicos (passivos, ativos-assistidos, ativos, ativos-resistidos)
	- Incentivar as automobilizações
	- Instruir técnicas de exercício muscular e articular

	- Treinar técnicas de exercício muscular e articular
Equilíbrio Corporal	- Avaliar equilíbrio corporal dinâmico e estático, sentado e de pé
	- Estimular equilíbrio corporal através de correção postural
	- Executar técnica de treino de equilíbrio, através do contorno de obstáculos e exercícios de controlo de movimentos
	- Monitorizar equilíbrio corporal
Pôr-se de pé	- Avaliar a pessoa a pôr-se de pé
	- Planear pôr-se de pé
	- Incentivar pôr-se de pé
	- Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
	- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
Andar com auxiliar de marcha	- Avaliar conhecimento sobre auxiliar de marcha
	- Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha
	- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha
	- Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha
	- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha
	- Treinar a andar com auxiliar de marcha

Tendo em conta as intervenções de ER propostas sistematizaram-se as intervenções preconizadas no período Pré-Operatório no quadro 4.

Quadro 4 - Protocolo de Atuação de Enfermagem de Reabilitação no Pré- Operatório

<p>- Avaliar na admissão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempenho nas AVD – Índice de Barthel • Força muscular – Escala de Lower • Equilíbrio corporal – Índice de Tinetti
--

- Dor – Escala Numérica da Dor
 - Amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior submetido a cirurgia: coxo-femural e joelho em flexão e em extensão, e tíbio-társica em dorsiflexão e flexão plantar – Goniómetro
- Instruir acerca do procedimento cirúrgico;**
- Providenciar material educativo acerca do procedimento cirúrgico e cuidados a ter;**
- Instruir e treinar exercícios de reabilitação funcional respiratória:**
- Consciencialização dos tempos respiratórios
 - Reeducação abdomino-diafragmática
 - Reeducação costal
 - Tosse dirigida e assistida
 - Intervenções dirigidas a patologia cárdio-respiratória, caso se verifique
- Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular:**
- Exercícios Isométricos dos músculos abdominais, glúteos, quadricípites e gastronémios
 - Exercícios Isotónicos - OA
 - Movimentos ativos de Extensão/Flexão acima de 90° e Abdução/adução até à linha média da articulação coxo-femural
 - Movimentos ativos de Extensão/flexão do joelho
 - Movimentos ativos de Flexão plantar/dorsiflexão da articulação tíbio-társica
 - Exercícios Isotónicos FESF
 - Mobilizações ativas resistidas do membro inferior sã e membros superiores;
- Instruir e treinar auto mobilizações no leito;**
- Instruir e treinar exercícios na posição ortostática apoiado;**
- Instruir e treinar técnica para transferir-se;**
- Instruir e treinar a andar com auxiliar de marcha;**
- Instruir e treinar a subir/ descer escadas;**
- Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado ir ao sanitário;**
- Instruir sobre o autocuidado higiene (de acordo com condições existentes no domicílio);**
- Instruir sobre o autocuidado vestuário;**
- Instruir sobre cuidados a ter na prevenção de luxação da prótese:**
- Avaliar conhecimentos através da aplicação de checklist dos aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca aquando da admissão (Anexo A).**

E as intervenções de ER no período Pós-Operatório no quadro 5.

Quadro 5 - Protocolo de Atuação de Enfermagem de Reabilitação no Pós- Operatório

- Avaliar ao 3º/ 4º dia e Alta:

- Desempenho nas AVD – Índice de Barthel
- Força muscular – Escala de Lower
- Equilíbrio corporal – Índice de Tinetti
- Dor – Escala Numérica da Dor
- Amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior submetido a cirurgia: coxo-femural e joelho em flexão e em extensão, e tíbio-társica em dorsiflexão e flexão plantar – Goniómetro;

- Realizar crioterapia de 4/4 horas, durante 20 minutos;

- Treinar exercícios de reabilitação funcional respiratória 2 vezes por dia:

- Consciencialização dos tempos respiratórios
- Reeducação abdomino-diafragmática
- Reeducação costal
- Tosse dirigida e assistida
- Intervenções dirigidas a patologia cárdio-respiratória, caso se verifique;

- Executar e instruir técnicas de exercício muscular e articular:

- Exercícios isométricos dos músculos abdominais, glúteos, quadricípites e gastronémios 2 vezes por turno
- Exercícios isotónicos passivos, ativos assistidos ou ativos, de acordo com a força muscular da pessoa, 10 repetições de cada, 3 vezes por dia:
- Extensão/flexão acima de 90° e abdução/adução até à linha média da articulação coxo-femural
- Extensão/flexão do joelho
- Flexão plantar/dorsiflexão da articulação tíbio-társica

- Incentivar as auto mobilizações no leito:

- Sem dobrar o joelho, mobilizar o membro até à linha média do plano sagital, não a ultrapassando, e voltar à posição inicial, 10 repetições de cada, 3 vezes por dia;
- Realizar a ponte, fletindo a perna sã, fazendo força no calcanhar e nos cotovelos e levantar as nádegas, 10 repetições de cada, 3 vezes por dia;

- Treinar exercícios na posição ortostática apoiado em superfície estável e firme, 10 repetições de cada, 3 vezes por dia:

- Agachamentos;
- Levantar os calcanhares do chão e ficar apoiado sobre os dedos dos pés;
- Abdução e adução até à linha média de ambos os membros inferiores;

- Treinar técnica para transferir-se:

- *Sair da cama, preferencialmente pelo lado são:* Deve sentar-se na cama, mantendo o MI operado em extensão, chegar-se para o lado são, rodar os MI para fora da cama, sempre com o MI operado em extensão, deslizar para fora da cama e fazer carga no MI são;
- *Deitar-se:* Preferencialmente pelo mesmo lado por onde se levantou. Deve encostar-se à cama e sentar-se, chegar-se para o meio do leito fazendo força com os MS, elevar o MI são e posteriormente o MI operado, mantendo-o sempre em extensão;
- *Sentar-se:* Preferencialmente numa cadeira de braços. Deve colocar-se de costas para a cadeira até sentir tocar com a região popliteia, agarrar os braços da cadeira com ambas as mãos e, com o MI operado em extensão, fletir o joelho do lado são e sentar-se;
- *Levantar-se:* Com o MI operado em extensão, e o joelho do lado são fletido, deve agarrar os braços da cadeira e elevar-se;

- Treinar a andar com auxiliar de marcha:

1. Avançar com o auxiliar de marcha, sem se dobrar;
2. Avançar com o membro operado;
3. Avançar com o membro são

- Instruir e treinar a subir/ descer escadas:

Subir 1. Subir com o membro são em primeiro lugar; 2. Subir com o membro operado; 3. Subir com o auxiliar de marcha

Descer 1. Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar; 2. Descer com o membro operado; 3. Descer com o membro são

- Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado ir ao sanitário (elevador de sanita e barra de apoio fixa na parede):

- Ficar de costas para a sanita, com a mesma a tocar na parte de trás dos joelhos
- Apoiar-se, idealmente em apoio fixo na parede, e fazer deslizar o membro operado para a frente, fletindo o joelho do membro são, até ficar sentado

- Treinar o autocuidado higiene, com dispositivos auxiliares de acordo com os meios disponíveis no contexto:

- Sentado num banco ou cadeira de banho e com barra de apoio fixa na parede

- Instruir o autocuidado higiene de acordo com condições existentes no domicílio:

- Se cabine de duche, sentado num banco ou cadeira de banho e com barra de apoio fixa na parede
- Se banheira, utilizar banco ou cadeira de banheira 1. Sentar-se no banco de banheira, que deve estar fixo nas laterais da mesma; 2. Levantar os MI, um de cada vez e passá-los para dentro da banheira começando pelo MI são, e mantendo em extensão o MI operado;

- Instruir sobre o autocuidado vestuário:

- Para vestir partes de baixo e roupa íntima deve utilizar pinças de cabo longo ou colocar o MI operado para trás, na posição de sentada e vestir primeiro do lado operado;
- Relativamente aos sapatos, deve, se possível, utilizar sapatos sem atacadores, que possa calçar sem se dobrar.

- Instruir sobre cuidados a ter na prevenção de luxação da prótese:

- Manter uma almofada entre as pernas, de forma a que se mantenham afastadas
- Não fletir a anca operada mais de 90°
- Não cruzar as pernas
- Não realizar rotação interna ou externa com o MI operado

- Não realizar decúbito lateral para o lado operado
- Não tentar levantar a perna com o joelho em extensão

- Avaliar conhecimentos através da aplicação de checklist dos aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca aquando da alta (Anexo A).

5.3.1. Procedimentos metodológicos

De acordo com Fortin (1996), a investigação numa determinada disciplina tem por objetivo a produção de uma base científica que sustente a prática e assegure a credibilidade da profissão, demonstrando o seu campo de ação e o seu conhecimento. Aplicada às ciências de enfermagem, a investigação consiste no “estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina.” (Fortin, 1996, p.26), possibilitando uma prática com base na evidência, que se traduz não só em intervir eficazmente e com os mais elevados padrões possíveis, mas também em assegurar que aquilo que é feito é, efetivamente, bem feito (Pearson & Craig, 2004).

Tendo em consideração a problemática e os objetivos do projeto de intervenção profissional, foi definida como estratégia metodológica o estudo de caso. Esta estratégia de pesquisa é definida como uma “investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.” (Fortin, 1996, p.164). Yin (2001), sublinha também que sendo o estudo de caso um estudo do tipo descritivo, é o adequado quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos da vida real, permitindo uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos mesmos.

Neste trabalho, e tendo em conta o contexto e problemática descritos, os focos de enfermagem estudados nos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca foram o desempenho nas AVD, a força muscular, o equilíbrio corporal, a dor, a amplitude articular e o conhecimento quanto a aspetos a ser aprendidos aquando de artroplastia da anca. Cada foco foi avaliado através de uma escala, na qual um conjunto de enunciados que se relacionam lógicamente ou empiricamente se destinam a medir um conceito ou uma característica da pessoa. A exceção foi o conhecimento demonstrado ou não sobre os aspetos a serem aprendidos e que são considerados fundamentais para o sucesso da artroplastia da anca, que foi avaliado mediante a aplicação de uma *checklist*, aquando da admissão e da alta.

A aplicação dos restantes instrumentos de avaliação ocorreu em 3 momentos distintos: Admissão, 3º ou 4º dia de Pós-operatório e Alta.

O desempenho nas AVD foi avaliado através do Índice de Barthel, que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, e visa a avaliação da capacidade da pessoa para o desempenho de determinadas tarefas de forma independente. Cada AVD apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, sendo que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Nos dez itens o score pode variar entre 0 e 100, em que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Apóstolo, 2012).

A avaliação do desempenho no AC é importante no âmbito da artroplastia da anca, porque esta constitui uma situação específica que conduz ao comprometimento do AC, foco de atenção relativamente ao

qual são implementadas intervenções de ER no sentido do desenvolvimento do potencial, otimização da função e, conseqüentemente, maximização da autonomia (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011).

A força muscular foi avaliada através da Escala de Lower, na qual o método utilizado para a avaliação é o uso da força e da resistência do profissional, e que quantifica a força muscular entre 0/5 e 5/5. Assim 0/5 corresponde a ausência de movimento e contração muscular, 1/5 corresponde a existência de contração muscular mas sem movimento, 2/5 corresponde a existência de movimento ativo mas não contra a gravidade, 3/5 corresponde a existência de movimento ativo contra a gravidade, 4/5 corresponde a existência de movimento ativo contra a gravidade e alguma resistência e 5/5 corresponde a movimento normal contra gravidade e resistência (Menoita, 2012).

A avaliação deste foco é importante porque a força muscular constitui um elemento inerente à função da marcha, permitindo a movimentação dos membros e o avanço do tronco (Martins, 2006), bem como à capacidade para o desempenho do AC e para o equilíbrio corporal (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011).

O equilíbrio corporal foi avaliado através do Índice de Tinetti, que avalia o equilíbrio da pessoa em dezasseis itens. Os primeiros nove itens são relativos ao equilíbrio estático, sendo os restantes sete itens relativos ao equilíbrio dinâmico. Ao equilíbrio estático são atribuídos um total de 16 pontos e ao equilíbrio dinâmico são atribuídos 12 pontos, perfazendo um score total de 28 pontos. Entre 0 - 19 pontos a pessoa apresenta elevado risco de queda, entre 19 - 24 pontos a pessoa apresenta moderado risco de queda e entre 24 - 28 pontos a pessoa apresenta baixo risco de queda (Mendes, 2012).

No âmbito deste estudo a avaliação deste foco foi pertinente pela sua relevância para a posição ortostática e para a função da marcha (Vieira & Caldas, 2016)

A dor foi avaliada através da Escala Numérica da Dor. De acordo com a DGS (2003), esta escala consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10, sendo que a mesma pode apresentar-se ao doente na posição horizontal ou vertical. Pretende-se que a pessoa faça corresponder a intensidade da sua Dor a uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (de intensidade máxima imaginável).

A monitorização da dor é importante uma vez que, de acordo com a DGS (2008) o seu controlo deve ser encarado como uma prioridade, porque a sua avaliação de forma sistemática e o seu controlo são considerados fundamentais na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Na artroplastia da anca, a dor não controlada tem influência na recuperação pós-operatória, resultando em mobilização tardia e hospitalização prolongada, motivos que contribuem para a importância do seu controlo (Kuchálik *et al.*, 2013).

A amplitude articular foi avaliada com recurso a um goniómetro, que consiste num instrumento utilizado para medir ângulos (Costa, 2007), ou, neste caso a amplitude dos movimentos articulares de flexão e extensão dos segmentos articulares do membro inferior.

No âmbito deste estudo foram avaliadas as amplitudes articulares de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho e da dorsiflexão e flexão plantar da articulação tíbio-társica, pelo facto de estas três articulações serem determinantes para a marcha (Sousa & Tavares, 2010).

Para além dos focos de atenção referidos, foi realizada colheita de dados relativamente a aspetos de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, agregado familiar, presença de cuidador, nível de educação) e de conhecimento ou desconhecimento relativamente aos procedimentos pós-cirúrgicos, através de uma checklist (Anexo A).

No que diz respeito aos doentes que participaram no projeto a sua seleção teve em conta determinadas características dos doentes, sendo por isso considerada uma seleção racional (Fortin, 1996), uma vez que foram escolhidas pessoas com mais de 65 anos que tinham sido submetidas a artroplastia parcial ou total da anca internadas no serviço de Ortopedia do HESE, EPE durante o período de duração do estágio. Para além destes, outros critérios foram concordarem integrar o projeto mediante o seu consentimento livre e esclarecido por escrito (Anexo B) e demonstraram não apresentar alterações das capacidades cognitivas, avaliadas através do Mini Mental State Examination (MMSE).

O MMSE é um teste de aplicação fácil e rápida constituído por 30 questões, pontuadas com 0 pontos, quando a pessoa não responde ou dá uma resposta incorreta, ou 1 ponto, quando a pessoa responde corretamente. O teste encontra-se organizado nos seguintes domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, compreensão de ordem verbal e escrita e capacidade construtiva.

O teste permite obter um score máximo de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos (Santana *et al.*, 2016). De acordo com Santana *et al.* (2016), um score inferior a 26, é sugestivo de demência, pelo que integraram este estudo apenas doentes com um score igual ou superior a 26 pontos no MMSE.

5.3.2. Considerações éticas

A investigação no domínio da saúde implica a envolvimento de seres humanos, como tal há que ter em consideração aspetos de ordem ética, sendo da responsabilidade do investigador a proteção dos direitos das pessoas (Fortin, 2009), sustentados pelos quatro princípios da bioética: o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça.

De acordo com Koerich *et al.* (2005) o princípio da beneficência prende-se com o dever de ajudar o outro, fazendo ou promovendo o bem, em favor dos seus interesses, comprometendo-se o profissional a avaliar potenciais riscos, reduzindo-os ao mínimo, e benefícios, maximizando-os; o princípio da não-maleficência dita o dever de abstenção relativamente a fazer mal à pessoa, causando-lhe danos ou colocando-a em risco, pelo que o profissional deve evitar qualquer situação, ação ou técnica que implique riscos para a pessoa; o princípio da autonomia prende-se com a autodeterminação e o poder de decisão sobre si mesmo, preconizando que deve ser resguardada a liberdade de cada pessoa, pelo que cabe ao profissional fornecer as informações necessárias no sentido de orientar as suas decisões, sem qualquer fator de influência ou manipulação; e o princípio da justiça, ou da equidade, diz respeito à distribuição adequada e coerente de benefícios e deveres (Koerich *et al.*, 2005). Outros aspetos importantes da investigação no domínio da saúde são o respeito pelo consentimento livre e esclarecido e o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009). Os 7 doentes a quem foi proposta a participação no projeto de intervenção deram o seu consentimento livre e esclarecido por escrito (Anexo B), sendo assegurada a preservação do seu anonimato.

Para a realização deste estudo foi feito um pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do HESE, EPE (Anexo E), acompanhado de um pedido de parecer à Comissão de Ética do HESE, EPE (Anexo F), do projeto de intervenção (Apêndice B), do consentimento informado a entregar ao doente (Anexo B) e de uma declaração do docente orientador (Anexo C).

6. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE IDOSO SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DA ANCA

No decurso do projeto de intervenção foram submetidos à avaliação do estado cognitivo 9 doentes, sendo excluídos 2 por apresentarem um score no MMSE inferior a 26 pontos e se considerar que estes doentes teriam dificuldade em processar a informação fornecida durante a prestação dos cuidados de ER.

A nenhum dos 7 doentes que participaram no projeto de intervenção foi possível realizar as avaliações nos 3 momentos preconizados por motivos relacionados com a distribuição dos turnos, pois nem sempre foi possível conciliar as disponibilidades para o estágio com os dias de internamento dos doentes. Dos 7 doentes que consentiram a sua participação no projeto de intervenção, 2 acabaram por ser excluídos do estudo por terem apenas uma avaliação (a do 3º ou 4º dia de pós-operatório). Assim, apenas foram incluídos neste relatório 5 doentes, por nestes, ter sido possível realizar as duas avaliações – a primeira no 3º ou 4º dia de pós-operatório e a segunda no momento da alta. As intervenções de instrução descritas no quadro 4, protocolo de atuação de enfermagem de reabilitação no pré-operatório, foram efetuadas pelos outros elementos da equipa de enfermagem uma vez que esse procedimento já faz parte da rotina pré-operatória destes doentes.

Cada um destes 5 doentes constitui um caso distinto, a quem foi atribuído um número (caso 1, caso 2, caso 3, caso 4 e caso 5), de forma a preservar o seu anonimato.

Embora apenas estes 5 doentes tenham integrado este estudo, todos os doentes receberam cuidados de enfermagem de reabilitação diariamente durante o seu internamento, sendo a sua continuidade assegurada pelos EEER presentes no contexto, no turno da manhã.

Importa referir que, quanto à avaliação da amplitude articular da articulação coxo-femural, no movimento de flexão a mesma foi avaliada com o joelho fletido, e no movimento de extensão foi avaliada com o doente em decúbito dorsal, com o membro inferior na máxima extensão tolerada.

6.1. Caracterização Sociodemográfica Dos Doentes

Dos 5 doentes que participam no estudo, 4 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, apenas um dos doentes se encontrava na faixa etária entre os 65 e os 70 anos de idade, sendo que 2 doentes encontravam-se na faixa etária entre os 71 e os 75 anos de idade, e outros 2 na faixa etária dos 76 aos 80 anos de idade.

Quanto ao estado civil, 3 dos doentes eram viúvos, 1 era casado e 1 tinha outro estado civil. Um doente encontrava-se institucionalizado, 2 doentes viviam sós e 2 doentes viviam com outros elementos do agregado familiar. Três doentes referiram poder contar com a ajuda de um cuidador formal ou informal 2 doentes referiram não poder contar com ajuda de cuidador. Em termos de escolaridade 2 doentes frequentaram o 1º ciclo, não o tendo concluído, 1 doente completou o 2º ciclo e 2 doentes completaram o 3º ciclo.

Quanto a antecedentes pessoais todos os doentes acumulavam comorbidades, apresentando mais do que um diagnóstico no seu processo clínico, como descrito à frente.

6.2. Descrição Dos Casos

6.2.1. Caso 1

Doente do sexo feminino, 71 anos de idade, viúva, vive sozinha, sem cuidador e com nível de instrução equivalente ao 9º ano do ensino básico. Esta doente foi admitida na unidade de internamento de ortopedia do HESE, EPE a 19.09.2018 para realização de artroplastia total da anca (ATA) à esquerda por

necrose da cabeça do fémur esquerdo, decorrente de queda em 2017. Tem antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, intervenção cirúrgica à vesícula biliar há 38 anos e intervenção cirúrgica ortopédica em 2017, para osteossíntese de fratura do colo do fémur esquerdo. Submetida a ATA não cimentada à esquerda a 22.09.2018.

A doente iniciou o protocolo de atuação do projeto de intervenção no pós-operatório a 23.09.2018, e terminou a 01.10.2018. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo a doente sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora ensinados, de forma autónoma, também no turno da tarde, de acordo com o protocolo.

Foram realizadas avaliações do desempenho nas AVD, de acordo com o Índice de Barthel, da força muscular, de acordo com a Escala de Lower, do equilíbrio corporal, de acordo com o Índice de Tinetti, da dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor, e da amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior esquerdo com um goniómetro a 25.09.18 (3º dia de pós-operatório) e 01.10.2018 (Alta), conforme quadro 6.

Quadro 6 – Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do caso 1

Escalas	Avaliações		25.09.2018 (3º dia de pós-operatório)		01.10.2018 (Alta)	
Autocuidado			60		90	
Força Muscular			2		4	
Equilíbrio Corporal			12		23	
Dor			3		0	
Amplitude Articular			Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
Coxo-femural			80°	5°	82°	5°
Joelho			90°	0°	96°	0°
Tíbio-társica (Dorsiflexão/ Flexão Plantar)			18°	40°	19°	42°

De acordo com os resultados obtidos, a doente evoluiu em termos de autocuidado de um grau de dependência grave (60), a 25.09.2018, para um grau de dependência moderada (90), a 01.10.2018.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior esquerdo identificou-se um aumento da mesma, de grau 2, a 25.09.2018, em que há movimento ativo mas não contra a gravidade, para grau 4, a 01.10.2018, em que existe movimento ativo contra a gravidade e alguma resistência.

Relativamente ao equilíbrio corporal, a doente passou de elevado risco de queda (12), a 25.09.2018, para baixo risco de queda (23), a 01.10.2018.

Quanto à amplitude articular foi possível identificar um aumento da mesma entre as avaliações, sobretudo a nível do movimento de flexão, em todos os segmentos articulares do membro inferior esquerdo.

Em relação à dor, esta passou de grau 3, a 25.09.2018, para grau 0, ou seja, ausência de dor a 01.10.2018.

No que diz respeito à validação de conhecimentos no dia da alta, através da checklist relativa a aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, a doente demonstrou conhecimento em todos os aspetos do ensino que constavam da *checklist*.

6.2.2. Caso 2

Doente do sexo feminino, 75 anos de idade, viúva, vive com o filho, a nora e duas netas e tem nível de instrução equivalente ao 3º ano do ensino primário. Foi admitida no serviço de Ortopedia do HESE, EPE a 14.09.2018 com os diagnósticos de fratura do colo cirúrgico do úmero esquerdo e fratura do colo do fémur esquerdo. Tem antecedentes pessoais de HTA, dislipidémia, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, retinopatia diabética, nefrectomia esquerda por carcinoma de células renais (2004) e cardiopatia isquémica. Submetida a artroplastia total da anca (ATA) não cimentada à esquerda e osteossíntese do úmero esquerdo a 24.09.2018.

A doente iniciou o protocolo de atuação no pós-operatório do projeto de intervenção a 25.09.2018, e terminou a 03.10.2018. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo a doente sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora ensinados também no turno da tarde, de acordo com o protocolo.

Foram realizadas avaliações do desempenho nas AVD, de acordo com o Índice de Barthel, da força muscular, de acordo com a Escala de Lower, do equilíbrio corporal, de acordo com o Índice de Tinetti, da dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor, e da amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior esquerdo com um goniómetro a 28.09.18 (4º dia de pós-operatório) e 03.10.2018 (Alta), conforme quadro 7.

Quadro 7 – Resultados das avaliações do 4º dia de pós-operatório e alta da doente do caso 2

Escalas	Avaliações	28.09.2018 (4º dia de pós-operatório)		03.10.2018 (Alta)	
		Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
	Autocuidado	15		50	
	Força Muscular	3		4	
	Equilíbrio Corporal	3		12	
	Dor	4		1	
	Amplitude Articular	Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
	Coxo-femural	52°	18°	70°	10°
	Joelho	74°	16°	104°	12°
	Tíbio-társica (Dorsiflexão/ Flexão Plantar)	2°	28°	6°	32°

De acordo com os resultados obtidos, a doente passou de um grau de dependência total (15), a 28.09.2018, para um grau de dependência grave (50), a 03.10.2018.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior esquerdo identificou-se um aumento da mesma, de grau 3, a 28.09.2018, para grau 4, a 03.10.2018.

Relativamente ao equilíbrio corporal, a doente manteve elevado risco de queda em ambas as avaliações, tendo no entanto passado de um score de 3, a 28.09.2018, para um score de 12, a 03.10.2018.

Quanto à amplitude articular foi possível identificar um aumento da mesma entre as avaliações, tanto a nível de flexão como de extensão, em todos os segmentos articulares do membro inferior esquerdo.

Em relação à dor, esta passou de grau 4, a 28.09.2018, para grau 1, a 03.10.2018.

No que diz respeito à validação de conhecimentos no dia da alta, através da checklist relativa a aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, a doente apresentou dificuldade relativamente aos aspetos relacionados com a deambulação com auxiliar de marcha e as transferências.

6.2.3. Caso 3

Doente do sexo feminino, 65 anos de idade, casada, vive com o marido e um filho, tem nível de instrução equivalente ao 7º ano do ensino básico. Foi admitida no serviço de Ortopedia do HESE, EPE a 28.09.2018 para realização de artroplastia total da anca (ATA) à direita. Tem antecedentes pessoais de obesidade, bypass gástrico, abdominoplastia, colescistectomia, 3 cesarianas, anemia, artroses e HTA. Submetida a ATA não cimentada à direita a 29.09.2018.

A doente iniciou o protocolo de atuação no pós-operatório do projeto de intervenção a 02.10.2018, e terminou a 05.10.2018. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo a doente sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora ensinados, de forma autónoma, também no turno da tarde, de acordo com o protocolo.

Foram realizadas avaliações do desempenho nas AVD, de acordo com o Índice de Barthel, da força muscular, de acordo com a Escala de Lower, do equilíbrio corporal, de acordo com o Índice de Tinetti, da dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor, e da amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior direito com um goniómetro a 01.10.18 (3º dia de pós-operatório) e 05.10.2018 (Alta), conforme quadro 8.

Quadro 8 – Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do caso 3

Escalas	Avaliações		01.10.2018 (3º dia de pós-operatório)		05.10.2018 (Alta)	
			Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
Autocuidado			55		70	
Força Muscular			2		3	
Equilíbrio Corporal			16		16	
Dor			4		2	
Amplitude Articular			Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
Coxo-femural			50°	44°	61°	42°
Joelho			70°	16°	97°	10°
Tíbio-társica (Dorsiflexão/ Flexão Plantar)			14°	30°	15°	36°

Os dados do quadro 7 permitem verificar que a doente evoluiu no nível de independência e passou de um grau de dependência grave (55), a 01.10.2018, para um grau de dependência moderada (70), a 05.10.2018.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior direito identificou-se um aumento da mesma, de grau 2, a 01.10.2018, para grau 3, a 05.10.2018.

Relativamente ao equilíbrio corporal, a doente manteve elevado risco de queda em ambas as avaliações (score 16 na no Índice de Tinetti).

Na amplitude articular verificou-se um aumento entre as avaliações, tanto a nível de flexão como de extensão, em todos os segmentos articulares do membro inferior direito.

Em relação à dor, a doente apresentava dor de grau 4, a 01.10.2018, passando para dor de grau 2, a 05.10.2018, de acordo com a escala numérica.

No que diz respeito à validação de conhecimentos no dia da alta a doente apresentou dificuldade relativamente a alguns aspetos relacionados com os comportamentos de prevenção de luxação da prótese.

6.2.4. Caso 4

Doente do sexo feminino, 77 anos de idade, divorciada, vive só, tem nível de instrução equivalente ao 9º ano do ensino básico. Foi admitida no serviço de Ortopedia do HESE, EPE a 26.09.2018 com o diagnóstico de fratura do colo do fémur à direita. Tem antecedentes de HTA, obesidade, tromboflebite a nível do membro inferior esquerdo, histerectomia total, apendicectomia e intervenção cirúrgica que não sabia especificar a nível do joelho esquerdo. Submetida a artroplastia bipolar não cimentada à direita a 01.10.2018.

A doente iniciou o protocolo de atuação no pós-operatório do projeto de intervenção a 03.10.2018, e terminou a 12.10.2018. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo a doente sido instruída e incentivada à realização dos exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora ensinados, de forma autónoma, também no turno da tarde, de acordo com o protocolo. Foram realizadas avaliações do desempenho nas AVD, de acordo com o Índice de Barthel, da força muscular, de acordo com a Escala de Lower, do equilíbrio corporal, de acordo com o Índice de Tinetti, da dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor, e da amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior direito com um goniómetro a 04.10.18 (3º dia de pós-operatório) e 12.10.2018 (Alta), conforme quadro 9.

Quadro 9 – Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta da doente do caso 4

Escalas	Avaliações	04.10.2018 (3º dia de pós-operatório)		12.10.2018 (Alta)	
		Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
	Autocuidado	40		70	
	Força Muscular	2		3	
	Equilíbrio Corporal	8		14	
	Dor	4		1	
	Amplitude Articular	Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
	Coxo-femural	80°	20°	86°	10°
	Joelho	101°	12°	114°	8°
	Tíbio-társica (Dorsiflexão/ Flexão Plantar)	10°	40°	8°	44°

De acordo com os resultados obtidos, a doente passou de um grau de dependência grave (40), a 04.10.2018, para um grau de dependência moderada (70), a 12.10.2018.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior direito identificou-se um aumento da mesma, de grau 2, a 04.10.2018, para grau 3, a 12.10.2018.

Relativamente ao equilíbrio corporal, a doente manteve elevado risco de queda em ambas as avaliações, embora o score tenha aumentado de 8, a 04.10.2018, para 14, a 12.10.2018.

Quanto à amplitude articular foi possível identificar um aumento da mesma entre as avaliações, tanto a nível de flexão como de extensão, em todos os segmentos articulares do membro inferior direito.

Em relação à dor, esta passou de grau 4, a 04.10.2018, para grau 1, a 12.10.2018.

No que diz respeito à validação de conhecimentos no dia da alta a doente apresentou dificuldade relativamente aos aspetos relacionados com a deambulação com auxiliar de marcha e com as transferências.

6.2.5. Caso 5

Doente do sexo masculino, 78 anos de idade, viúvo, residente em lar, tem nível de instrução equivalente ao 3º ano do ensino primário. Foi admitido no serviço de Ortopedia do HESE, EPE a 08.10.2018 para realização de artroplastia total da anca (ATA) à direita. Tem antecedentes de lesão vertebral e paravertebral com fratura patológica de D5, síndrome medular aguda resolvida (RT), leucemia linfocítica crónica, HTA, diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada, hipertireoidismo, adenocarcinoma da próstata, sarcoma pleomórfico de alto grau indiferenciado do dorso (histiocitoma fibroso maligno, excisado em 2015). Submetido a ATA não cimentada à direita a 09.10.2018.

O doente iniciou o protocolo de atuação no pós-operatório do projeto de intervenção a 12.10.2018, e terminou a 15.10.2018. As intervenções decorreram sempre no turno da manhã, tendo o doente sido instruído e incentivado à realização dos exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora ensinados, de forma autónoma, também no turno da tarde, de acordo com o protocolo.

Foram realizadas avaliações do desempenho nas AVD, de acordo com o Índice de Barthel, da força muscular, de acordo com a Escala de Lower, do equilíbrio corporal, de acordo com o Índice de Tinetti, da dor, de acordo com a Escala Numérica da Dor, e da amplitude articular dos segmentos articulares do membro inferior direito com um goniómetro a 12.10.18 (3º dia de pós-operatório) e 15.10.2018 (Alta), conforme quadro 10.

Quadro 10 – Resultados das avaliações do 3º dia de pós-operatório e alta do doente do caso 5

Escalas	Avaliações	12.10.2018 (3º dia de pós-operatório)		15.10.2018 (Alta)	
		Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
Autocuidado		40		70	
Força Muscular		2		4	
Equilíbrio Corporal		8		19	
Dor		5		2	
Amplitude Articular		Flexão	Extensão	Flexão	Extensão
Coxo-femural		74°	10°	81°	10°
Joelho		80°	20°	96°	12°
Tíbio-társica (Dorsiflexão/ Flexão Plantar)		5°	40°	6°	44°

De acordo com os resultados obtidos, o doente passou de um grau de dependência grave (40), a 12.10.2018, para um grau de dependência moderada (70), a 15.10.2018.

No que diz respeito à força muscular a nível do membro inferior direito identificou-se um aumento da mesma, de grau 2, a 12.10.2018, para grau 4, a 15.10.2018.

Relativamente ao equilíbrio corporal, o doente passou de elevado risco de queda (8), a 12.10.2018, para um risco moderado de queda (19), a 15.10.2018.

Quanto à amplitude articular foi possível identificar um aumento da mesma entre as avaliações, tanto a nível de flexão como de extensão, em todos os segmentos articulares do membro inferior direito.

Em relação à dor, esta passou de grau 5, a 12.10.2018, para grau 2, a 15.10.2018.

No que diz respeito à validação de conhecimentos no dia da alta, através da checklist relativa a aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, a doente apresentou dificuldade relativamente a alguns aspetos relacionados com os comportamentos de prevenção de luxação da prótese.

Os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação em cada um dos doentes relativamente aos focos autocuidado, força muscular, equilíbrio corporal, amplitude articular e dor encontram-se sintetizados no quadro 11 e permitem verificar que para todos os doentes, apesar das suas particularidades, houve evolução favorável.

Quadro 11 – Síntese dos resultados obtidos nos focos de atenção avaliados

Autocuidado	<p>1ª Av 2ª Av</p> <p>Caso 1: 60 90 Caso 2: 15 50 Caso 3: 55 70 Caso 4: 40 70 Caso 5: 40 70</p>	<p>Média 1ª Av - 42 Média 2ª Av - 70 Ganho Médio - 28</p>	
Força Muscular	<p>1ª Av 2ª Av</p> <p>Caso 1: 2 4 Caso 2: 3 4 Caso 3: 2 3 Caso 4: 2 3 Caso 5: 2 4</p>	<p>Média 1ª Av - 2,2 Média 2ª Av - 3,6 Ganho Médio - 1,4</p>	
Equilíbrio Corporal	<p>1ª Av 2ª Av</p> <p>Caso 1: 12 23 Caso 2: 3 12 Caso 3: 16 16 Caso 4: 8 14 Caso 5: 8 19</p>	<p>Média 1ª Av - 9,4 Média 2ª Av - 16,8 Ganho Médio - 7,4</p>	
Amplitude Articular (em graus)	Coxo-Femural	<p>F (1ª Av) E (1ª Av) F (2ª Av) E (2ª Av)</p> <p>Caso 1: 80 5 82 5 Caso 2: 52 18 70 10 Caso 3: 50 44 61 42 Caso 4: 80 20 86 10 Caso 5: 74 10 81 10</p>	<p>Média 1ª Av - F 67,2° / E 19,4° Média 2ª Av - F 76° / E 15,4° Ganho Médio - F 8,8° / E 4°</p>
	Joelho	<p>F (1ª Av) E (1ª Av) F (2ª Av) E (2ª Av)</p> <p>Caso 1: 90 0 96 0 Caso 2: 74 16 104 12 Caso 3: 70 16 97 10 Caso 4: 101 11 114 8 Caso 5: 80 20 96 12</p>	<p>Média 1ª Av - F 83° / E 12,8° Média 2ª Av - F 101,4° / E 8,4° Ganho Médio - F 18,4° / E 4,4°</p>
	Tíbio-társica	<p>Df (1ª Av) Fp (1ª Av) Df (2ª Av) Fp (2ª Av)</p> <p>Caso 1: 18 40 19 42 Caso 2: 2 28 6 32 Caso 3: 14 30 15 36 Caso 4: 10 40 8 44 Caso 5: 5 40 6 44</p>	<p>Média 1ª Av - Df 9,8° / Fp 35,6° Média 2ª Av - Df 10,8° / Fp 39,6° Ganho Médio - Df 1° / Fp 4°</p>
Dor	<p>1ª Av 2ª Av</p> <p>Caso 1: 3 0 Caso 2: 4 1 Caso 3: 4 2 Caso 4: 4 1 Caso 5: 5 2</p>		

6.3. Discussão De Resultados

Os doentes em estudo tinham uma média de idades de 73,2 anos, o que vai ao encontro da literatura, que refere a idade como fator de risco, quer para a OA quer para a FESF (Sousa & Carvalho, 2016).

Em todos os casos foram identificadas várias comorbidades, tendo os cinco casos em comum a HTA. Em dois dos casos (caso 3 e caso 4) foi identificada a obesidade como antecedente pessoal, sendo que num destes casos a artroplastia da anca foi decorrente de patologia músculo-esquelética e noutro de patologia traumática.

Em dois dos casos (caso 2 e caso 4) a artroplastia da anca decorreu de patologia traumática (FESF), não sendo uma cirurgia programada. Os mesmos casos referem-se a doentes do sexo feminino, o que vai ao encontro da literatura, que identifica no sexo feminino um risco acrescido de fratura, sobretudo para as FESF, devido à osteoporose (Sousa & Carvalho, 2016).

Nos restantes três casos (caso 1, caso 3 e caso 5) o motivo da artroplastia foi patologia músculo-esquelética ou reumática (OA), sendo uma cirurgia programada.

Os doentes permaneceram internados uma média de 11,6 dias e realizaram, em média, 8 sessões de enfermagem de reabilitação. A continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação a estes doentes foi assegurada pelos EEER da equipa de enfermagem da unidade de internamento, no turno da manhã.

A avaliação dos resultados permitiu identificar uma melhoria entre as avaliações na maioria dos focos de atenção avaliados, em todos os casos.

Apesar de não ter sido possível a realização da avaliação aquando da admissão, todos os doentes que participaram no projeto referiram ser independentes antes da cirurgia, relativamente ao desempenho no autocuidado e não possuir conhecimentos relativamente a aspetos a ter em consideração aquando de

artroplastia da anca. O treino dos autocuidados teve lugar diariamente, rentabilizando-se todos os momentos oportunos para ensino e treino relativos a transferências, andar com auxiliar de marcha, subir e descer escadas, uso do sanitário e higiene.

Embora nenhum dos doentes tenha recuperado a independência total a nível do desempenho do autocuidado após a cirurgia, foi identificada em todos uma diminuição da dependência. Esta evolução vai ao encontro dos resultados obtidos por Pinto (2018), que refere ganhos a nível da funcionalidade, através da implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação.

Assim, aquando da alta, os doentes apresentaram um grau de dependência moderado, à exceção da doente do caso 2, em que, à data da alta, se apresentava ainda gravemente dependente. De acordo com Gomes (2013) os doentes podem permanecer dependentes em grau moderado até duas semanas após a alta, considerando outras possíveis variáveis como a idade e as comorbidades, por exemplo. Relativamente a esta doente, o grau de dependência mais elevado pode ter estado relacionado com o facto de a doente, aquando da queda, ter também fraturado o colo cirúrgico do úmero, que foi, também, submetido a cirurgia para osteossíntese, inviabilizando a utilização do membro superior esquerdo no treino dos autocuidados. Além disso, e de acordo com Radwansky (2011), as capacidades funcionais dos idosos, prévias à necessidade de reabilitação, também influenciam os resultados da mesma. Tendo as quedas nos idosos múltiplas causas também pode, neste caso, justificar a pouca evolução funcional desta doente.

Em todos os doentes que integraram o estudo foram identificados ganhos de força muscular no membro inferior operado. Em dois doentes (caso 1 e caso 5) a força muscular passou de 2/5 para 4/5, de acordo com a escala de Lower, noutros dois doentes (caso 3 e caso 4) a força muscular passou 2/5 para 3/5, de acordo com a mesma escala e num doente (caso 2) a força muscular passou de 3/5 para 4/5. A inatividade e desuso progressivos contribuem para a perda de força muscular nos idosos (Kisner & Colby, 2009), motivo pelo qual é tão importante a intervenção dos EEER nestes doentes, tanto no fortalecimento muscular do membro inferior operado (Kisner & Colby, 2009; Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011), como no membro inferior não operado e membros superiores, essenciais às transferências e ao andar com auxiliar de marcha (Kisner & Colby, 2009). Os resultados obtidos nestes doentes também vão ao encontro dos referidos por Pinto (2018), que verificou ganhos de força muscular decorrentes de exercícios de fortalecimento muscular, integrados num plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Os casos em que foram identificados menores ganhos de força muscular (caso 3 e caso 4) correspondem a doentes que apresentavam obesidade como antecedente pessoal. De acordo com Lopes *et al.* (2013), a obesidade afeta a força muscular absoluta dos membros inferiores e superiores, sendo a magnitude deste efeito maior nos membros inferiores. Também Glenn-Molali (2011), refere que o excesso de peso sobrecarrega, afetando, todos os sistemas.

Quanto ao equilíbrio corporal, foi registada melhoria em todos os casos, à exceção do doente do caso 3. Apesar da evolução favorável a nível deste foco de atenção, aquando da alta, três dos doentes (caso 2, caso 3 e caso 4) apresentaram risco elevado de queda e 2 casos (caso 1 e caso 5) apresentaram risco moderado de queda. Nos casos 3 e 4 a presença de obesidade como antecedente pessoal, pode contribuir para o desequilíbrio corporal. De acordo com Pranke (2010), a obesidade faz com que ocorra um desvio da linha da gravidade, no sentido da compensação do peso e que pode interferir com o equilíbrio. No Caso 2 foram registados os resultados mais baixos relativamente a este foco, em ambas as avaliações (3 e 12, respetivamente).

Sendo o equilíbrio uma complexa tarefa de controlo motor que envolve deteção e integração de informação sensorial para avaliação da posição e movimento corporal no espaço e execução de resposta adequada, prende-se com a forma como os sistemas nervoso e músculo-esquelético e os fatores contextuais interagem. Aquando da cirurgia ortopédica, em que é notável o compromisso do sistema músculo-esquelético, poderão estar comprometidos aspetos como o alinhamento postural, a flexibilidade músculo-esquelética, a amplitude e a integridade articulares e o desempenho muscular, que contribuem para o equilíbrio corporal (Kisner & Colby, 2009). No caso concreto da influência da articulação coxo-femural no equilíbrio, esta é responsável pela resposta às alterações de posição, carga e movimento para o controlo do mesmo. Assim, qualquer patologia articular, restrição da mobilidade ou fraqueza muscular podem influenciar o equilíbrio desfavoravelmente (Kisner & Colby, 2009).

Remetendo os casos em estudo para doentes idosos, estes aspetos, além de comprometidos pela patologia, também o estão pela própria senescência (Radwansky, 2011), uma vez que a capacidade de equilíbrio diminui, de um modo geral, à medida que se envelhece (Marques-Vieira & Caldas, 2016). Importa ainda referir que todos os doentes tinham em comum a HTA como antecedente pessoal, que também pode influenciar desfavoravelmente o equilíbrio corporal destes doentes.

Relativamente à amplitude articular, foram registadas melhorias entre as duas avaliações, em todos os doentes, comprovando o benefício dos exercícios isométricos e isotónicos (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011) realizados de acordo com o protocolo de intervenção. Persch (2008) também observou um aumento da flexão e extensão da articulação coxo-femural após um período de treino de força muscular, o que representa um aumento da amplitude articular.

No que diz respeito à dor foi possível verificar que em todos os doentes se registou uma diminuição da mesma, entre as avaliações. Contudo apenas um doente apresentava ausência de dor aquando da alta. Embora no serviço de ortopedia existisse protocolo de analgesia e crioterapia, fundamentais para o controlo da dor, é importante referir se os doentes apresentaram ou não dor, porque para além de ser considerada como o 5º sinal vital pela DGS (2003), constitui um critério importante na qualidade dos cuidados e um aspeto fundamental do bem estar dos doentes. Além disso a dor não controlada pode comprometer os resultados dos restantes focos de atenção, sendo por isso recomendada a analgesia antes de exercícios ou atividades passíveis de aumentar o desconforto, no sentido de controlar a dor, reduzir a ansiedade e aumentar a participação ativa dos doentes nos cuidados (Olson, 2011).

A reabilitação destes doentes constitui uma transição de dependência inicial para um estado ótimo de funcionalidade (Robinson, 1999, referido por Olsson *et al.*, 2010), pelo que os conhecimentos devem ser considerados de forma a perceber se a transição foi, ou não, bem sucedida. A avaliação das aprendizagens constitui uma parte vital do processo educativo, que completa o círculo iniciado com a avaliação inicial para determinar as necessidades de educação (Habel, 2011), motivo pelo qual a sua validação não deve ser descurada.

No que se refere à capacitação, que decorreu das atividades de ensino, fundamentais nestes doentes, a integração da *checklist*, elaborada para o efeito, constituiu uma mais valia para o estudo, permitindo identificar os défices de conhecimento relativamente aos aspetos que devem ser aprendidos aquando de artroplastia da anca, e que estão de acordo com as *guidelines* da National Association of Orthopaedic Nurses (2018), do Calvary John James Hospital (s.d.) e da Johns Hopkins Medicine (s.d.).

Para além da identificação dos défices, a *checklist* foi útil na validação dos conhecimentos dos doentes, relativamente aos ensinamentos e treinos realizados pelos EEER, permitindo-lhes confirmar as aprendizagens e a efetividade das suas intervenções. Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços

de Saúde (2010), a Joint Commission International, enquanto organismo de acreditação de unidades de saúde, sublinha que uma intervenção educativa de qualidade assegura a avaliação das necessidades educativas, a implementação de um plano de educação eficaz e eficiente e a validação dos conhecimentos.

A validação dos conhecimentos com os doentes permitiu perceber em que atividades sentiam dificuldades, o que por sua vez, permitiu que fosse dado mais ênfase aos ensinamentos relativos a essas mesmas atividades, aquando da alta. Importa referir que todos os aspetos da checklist foram ensinados e treinados.

Assim, relativamente aos casos em estudo e aos aspetos referidos na checklist, a validação de conhecimentos através da mesma permitiu perceber que no caso 1 a doente não sentiu dificuldades, tendo adquirido com sucesso a informação fornecida. No caso 2, a doente apresentou dificuldade relativamente aos aspetos relacionados com a deambulação com auxiliar de marcha e às transferências, aspetos da checklist que careceram de treino, devido ao facto de apresentar fratura do colo do úmero esquerdo. No caso 3 e no caso 5 os doentes sentiram dificuldades quanto aos aspetos relacionados com os comportamentos de prevenção de luxação da prótese, tendo os ensinamentos aquando da alta incidido sobre este aspeto. No caso 4 a doente sentiu dificuldades relativamente a aspetos relacionados com a deambulação com auxiliar de marcha e as transferências, tendo os ensinamentos aquando da alta incidido sobre estes aspetos.

A discussão dos resultados apresentada permite confirmar que, do ponto de vista global houve recuperação em 4 dos doentes que integraram o estudo, tendo os resultados alcançados correspondido aos resultados esperados. Relativamente à função da marcha estão inerentes o equilíbrio, a força muscular e a amplitude articular e são determinantes para a marcha a manutenção da posição ortostática, a manutenção do equilíbrio e a força muscular (Marques-Vieira & Caldas, 2016). Que nos doentes que integraram o projeto evoluíram favoravelmente, à exceção do equilíbrio corporal no caso 3, cujo valor do Índice de Tinetti se manteve em ambas as avaliações. Apesar da evolução favorável destes doentes, a marcha eficaz no momento da alta verificou-se apenas em 3 doentes (caso 1, caso 3 e caso 5). O caso 1 e o caso 5 foram os que apresentaram mais ganhos a nível dos focos determinantes para a marcha, ou seja a força muscular, o equilíbrio corporal e a amplitude articular, e não demonstraram défices de conhecimento quanto à deambulação com auxiliar de marcha e transferências. Apesar de, no caso 3, a doente não ter apresentado tantos ganhos a nível dos focos determinantes para a marcha, esta doente não demonstrou défices de conhecimento relativamente à deambulação com auxiliar de marcha e às transferências. Huang (2017)

verificou que o fornecimento de suporte e aconselhamento para a resolução de problemas e tomada de decisão são intervenções suscetíveis de produzirem resultados nos doentes como a aquisição de competências mais elevadas a nível do autocuidado e da autoeficácia e melhorias significativas a nível de aspetos como as atividades de vida ou a mobilidade.

Sabe-se que os programas de educação dos doentes podem ser úteis na prevenção de complicações pós operatórias, na redução da dor e na promoção da recuperação (Olson, 2011). De acordo com os resultados obtidos na revisão integrativa da literatura realizada, a educação no período pré-operatório da artroplastia da anca assume particular importância (Cooke *et al.*, 2016).

Como não foi possível proceder à educação dos doentes prévia à cirurgia, foi reforçado o ensino a cada doente já no período pós-operatório acerca da estrutura da anca, complicações, cuidados após a alta e autocuidados, durante as atividades de treino, seguindo as orientações de Huang *et al.* (2017), uma vez que segundo este investigador, os doentes que adquirem competências mais elevadas a nível do autocuidado e da autoeficácia, têm menor predisposição para a depressão e apresentam melhorias significativas a nível das atividades da vida diária, mobilidade e qualidade de vida. Aos doentes que integraram o projeto, tal como a todos os doentes submetidos a artroplastia da anca, foi disponibilizado material educativo sob a forma de folhetos, que combinavam informação escrita com imagens, o que de acordo Choi (2016) permite aos doentes uma melhor da compreensão e recordação dos assuntos ensinados.

De acordo com a checklist usada os doentes demonstram conhecimento e este aspeto reverte-se de grande importância porque apenas pessoas informadas são capazes de tomar decisões certas sobre a sua saúde com benefícios para o próprio e para o sistema de saúde tal como é referido no Despacho n.º 3618-A/2016 de 10 de março.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O termo competência remete para uma experiência de realização, para a habilidade e para a dimensão dos conhecimentos, em determinado domínio (Barata, 2016). Em enfermagem, o termo competência significa a integração, pelos enfermeiros, de “conhecimentos, capacidades e atributos pessoais de forma consistente na sua prática diária”, podendo dividir-se em competências teóricas – o saber propriamente dito, competências práticas – habitualmente reconhecidas como saber-fazer, e competências sociais e comportamentais o saber-ser (Barata, 2016, p.126).

Assim, refletir acerca das competências adquiridas durante este percurso é pensar e descrever sobre o que foi aprendido e como foi colocado em prática, mas também sobre os resultados dessa prática.

Os contextos que acolheram os estágios permitiram não só o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, gerais e específicas, à luz do referencial para os cuidados de enfermagem de reabilitação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Reabilitação tanto pelas características dos próprios serviços como pelas características dos doentes. Para além das referidas competências, os contextos permitiram também o desenvolvimento das competências de mestre, que remetem para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e capacidade de compreensão e desenvolvimentos e/ou aplicações originais, muitas vezes em contexto de investigação e capacidade de resolução de problemas em todo o tipo de situações e contextos, bem como a habilidade de integrar conhecimentos e conseguir comunicar as suas conclusões (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, os enfermeiros especialistas possuem conhecimento aprofundado num determinado domínio da enfermagem, atendendo às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz por um conjunto de competências específicas, referentes a um campo de intervenção.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente do domínio da responsabilidade profissional ética e legal, foi possível, em todos os estágios, desenvolver estratégias de resolução de problemas através da realização de planos de cuidados individualizados para cada doente, de acordo com as suas necessidades e preferências e adequados ao seu processo de transição numa parceria com os doentes, com base em conhecimentos adquiridos no decurso da parte teórica do curso e experiência que foi sendo adquirida nos três estágios. A prática de cuidados foi sempre pautada pelo respeito pela privacidade dos doentes, pela suas escolhas, pelos seus valores, pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais no sentido de uma prática segura.

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, no domínio da melhoria da qualidade preconiza-se que os enfermeiros especialistas sejam capazes de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Para tal, no decurso da sua prática, devem conseguir identificar problemas, definir objetivos, traçar intervenções e avaliar os resultados da sua implementação. Esta competência foi adquirida através da conceitualização e realização do projeto de intervenção na unidade de internamento do HESE, EPE. O envolvimento no referido contexto, permitiu identificar uma problemática, cuja resolução pode ser entendida como uma oportunidade de melhoria.

A realização de uma revisão integrativa da literatura, subordinada à temática dos ensinamentos ao doente submetido a artroplastia da anca, também teve um forte contributo na aquisição desta competência.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, a criação de um ambiente seguro e terapêutico, para o doente, para a equipa e para as instituições é outra das competências comuns do enfermeiro especialista, que foi adquirida através do planeamento dos cuidados, de acordo com prioridades e segurança para os doentes. Este planeamento implicou a gestão do espaço físico, dos dispositivos de apoio e dos recursos humanos. Esta competência também foi

desenvolvida através da promoção de um ambiente seguro e de prevenção de acidentes, tanto com os doentes, como com os profissionais adotando e demonstrando uma postura ergonómica aquando da prestação de cuidados.

A nível do domínio da gestão dos cuidados, de acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados, pela otimização da resposta da equipa de enfermagem e colaboradores e da articulação com a equipa multiprofissional, competindo-lhe também a adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos. A aquisição desta competência foi possível através do planeamento dos cuidados, pela gestão dos recursos físicos, materiais e humanos que lhe está inerente, bem como através do trabalho em parceria com elementos de outros grupos profissionais, nomeadamente o fisioterapeuta.

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista deve possuir competências no sentido do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e ter na base da sua prática clínica especializadas padrões elevados de conhecimento. Reconhece-se a aquisição desta competência pela adequação de mecanismos de *coping* a situações específicas e para a gestão do stress e pela permanente procura e atualização de conhecimentos, de que são exemplo a realização da revisão integrativa da literatura e a presença no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação de 2018. Foram atividades que contribuíram para o desenvolvimento desta competência com o objetivo da prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência, à luz da mais recente teoria e evidência científica.

Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A prática de cuidados de enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais a melhoria da função, a promoção da independência, a satisfação máxima da pessoa e, conseqüentemente, a preservação da auto-estima (OE, 2010). Especificamente, na sua atuação os EEER deverão ser capazes de cuidar de pessoas com necessidades especiais, no decurso do ciclo de vida, qualquer que seja o contexto da prática

clínica. De acordo com Hesbeen (2004), cuidar significa mostrar interesse por alguém. Abordar o cuidar do ponto de vista dos cuidados ou da atenção que se presta às pessoas doentes, inclui que esses cuidados ou atenções sejam prestados com profissionalismo que é o que os doentes esperam dos enfermeiros (Petit, 2004). A prestação de cuidados a partir desta perspectiva visa a capacitação para a reinserção e exercício da cidadania da pessoa com deficiência, a limitação da atividade e/ou restrição da participação e visa ainda a maximização da funcionalidade, através do desenvolvimento das capacidades da pessoa (OE, 2010). No contexto dos estágios o desenvolvimento desta competência foi concretizado nas práticas clínicas do âmbito da especialização em enfermagem de reabilitação, em contexto real supervisionadas por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, de acordo com a metodologia científica de trabalho, orientada para resultados nos doentes de modo a contribuir para o seu retorno à vida ativa e participação na sociedade e ao exercício da cidadania, através do desenvolvimento das suas capacidades.

Assim a competência “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” foi desenvolvida em todos os estágios através das intervenções de ER desenvolvidas (cuidados respiratórios, ortopédicos e neurológicos) e que implicaram uma abordagem holística dos doentes cuidados identificando as alterações, ou risco de alteração, da funcionalidade e/ou do desempenho do autocuidado, mediante a colheita de dados e a utilização de escalas e instrumentos de medida, no sentido de identificar os aspetos psicossociais facilitadores ou inibidores dos processos de transição na dicotomia saúde-doença. A elaboração de planos de cuidados em parceria com os doentes, e sempre que possível com os seus cuidadores, individualizados e adequados às necessidades de cada um também contribuiu para o desenvolvimento da competência de cuidar, porque de acordo com Mayeroff (1990), cuidar envolve encorajar e assistir no sentido de descobrir áreas e capacidades até aí desconhecidas para as pessoas, ajudando-as a crescer.

A segunda competência específica dos EEER é que sejam capazes de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Esta competência foi adquirida e desenvolvida por meio da elaboração e implementação de programas de treino de AVD, com vista à adaptação às limitações e à maximização da autonomia. Contribuíram também para o desenvolvimento desta competência os ensinamentos e treinos realizados aos doentes e a supervisão dos mesmos, relativamente a técnicas específicas de autocuidado ou recurso a produtos de apoio de acordo com as suas limitações, dos seus familiares ou pessoas significativas.

No âmbito da capacitação, de acordo com Habel (2011) a intervenção educacional é fundamental e parte integrante da prática dos EEER que devem possuir competências especiais para a educação das pessoas, bem como das suas famílias, habilitando-os a tornarem-se “autoridades quanto à sua condição e situação” (Hoeman, 2011, p.1). Para que sejam capazes de capacitar, os EEER precisam de desenvolver conhecimentos e técnicas que lhe permitam saber o que deve ser ensinado, pensar de forma crítica, comunicar eficazmente, ter consciência das suas atitudes e valores, respeitar o outro, criar um ambiente compreensivo, incluir a pessoa como participante no processo de aprendizagem e monitorizar e avaliar o processo educativo (Habel, 2011).

Para a aquisição desta competência teve um forte contributo a visita de dois dias ao Serviço de Treino de AVD do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, que decorreu em junho de 2018.

A terceira competência dos EEER é que estejam habilitados para maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa, tendo sido possível o seu desenvolvimento através da identificação de riscos e elaboração, implementação e monitorização de treinos de reeducação funcional respiratória e motora dos doentes. Ajudar os doentes no desenvolvimento do seu potencial, na otimização da sua função e na aceitação da sua responsabilidade como elemento ativo no seu processo de reabilitação, no sentido da maximização da sua autonomia, independência, promovendo a sua qualidade de vida é a função privilegiada dos enfermeiros de reabilitação (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011). O projeto de intervenção aos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca foi também um fator facilitador da aquisição e desenvolvimento desta competência, uma vez que os EEER intervêm junto dos doentes submetidos a artroplastia da anca no sentido da instituição de um programa de reabilitação orientado para a prevenção de complicações, a reeducação funcional motora e a capacitação para o autocuidado, visando melhorar a funcionalidade e maximizar as capacidades das pessoas (Sousa & Carvalho, 2016).

Competências De Mestre

Segundo o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o mestre deve possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que lhe seja possível desenvolver e aprofundar conhecimentos prévios e constituir a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, muitas vezes em contexto de investigação; deve saber pôr em prática os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em todo o tipo de situações e contextos e deve conseguir integrar conhecimentos, lidar com questões complicadas, apresentar soluções ou emitir juízos. Quer através da aquisição de conhecimentos teóricos, quer através da sua transferência para os contextos da prática de cuidados, esta competência foi desenvolvida identificando uma situação problemática em particular, como a dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca. Nestes doentes, a perda da sua independência funcional, ainda que temporária, pode constituir-se num risco muito significativo de não recuperação das competências funcionais se forem privados de cuidados de enfermagem adequados e sistematizados, como reconheceram Huang *et al.* (2017). A identificação desta situação, que deu origem ao projeto de intervenção profissional, mas também de outras situações de problemática menor como a identificação da necessidade de cuidados diferenciados e a implementação de intervenções capazes de produzirem resultados positivos nos doentes, contribuíram para o desenvolvimentos das competências de mestre anteriormente descritas.

O Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro sublinha também que no final do mestrado os estudantes devem conseguir comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e raciocínios que lhes sejam subjacentes. A apresentação deste relatório atesta o desenvolvimento desta competência ainda que subsista a perceção de que o caminho ainda só agora se inicia e que este percurso foi o abrir da porta para uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

No sentido da aquisição das competências inerentes ao grau de mestre, foi desenvolvido o projeto de intervenção, implementado durante o estágio final, descrito neste relatório, que se revelou fonte de crescimento pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Este relatório tinha como objetivos, de acordo com o guião da unidade curricular, evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas, fundamentar escolhas com base na teoria e na evidência científica e descrever e avaliar a conceção e implementação do projeto de intervenção.

Após a realização do relatório, pode dizer-se que os referidos objetivos foram atingidos.

A capacidade de reflexão crítica sobre as práticas permitiu, após análise do contexto em que teve lugar o estágio final e da produção dos cuidados aí prestados, identificar uma área problemática. Decorrente dessa identificação, e sustentado pela mais recente evidência científica, foi desenvolvido um projeto de intervenção cujos objetivos, conceção, implementação e avaliação se encontram descritos neste relatório.

Decorrente da análise do contexto em que teve lugar o estágio final e da produção dos cuidados aí prestados, foi identificada a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação sistematizados aos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, pelo que se desenvolveu um projeto de intervenção de enfermagem de reabilitação com o objetivo da recuperação global e marcha eficaz dos doentes idosos submetidos a artroplastia da anca, cujos objetivos específicos eram avaliar o desempenho das AVD, identificar alterações, identificar défices de conhecimento, implementar um plano de intervenção, avaliar os resultados e validar os conhecimentos adquiridos.

No decurso da implementação, nos doentes submetidos a artroplastia da anca, das intervenções específicas de ER que integraram o programa de intervenção, foi verificado o aumento a nível de desempenho no autocuidado, da força muscular, do equilíbrio corporal e da amplitude articular e a diminuição da dor, o que vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos previamente desenvolvidos neste âmbito e ao descrito na literatura. De acordo com Sousa & Carvalho (2016), os estudos realizados em Portugal, no âmbito dos mestrados em ER, têm evidenciado ganhos sensíveis à sua intervenção a nível do aumento da força muscular e da amplitude articular, da diminuição da dor, da melhoria do equilíbrio, do desempenho das AVD, da qualidade de vida e da redução da demora média de internamento. Também Baixinho

(2011), refere que a atuação do EEER é de extrema importância no sentido de obter ganhos em saúde para os doentes, prevenindo défices funcionais e capacitando para o desempenho das AVD, sobretudo nas pessoas idosas.

Apesar dos resultados obtidos demonstrarem, em todos os casos, ganhos a nível da maioria dos focos de atenção avaliados, a validação dos conhecimentos relativamente a aspetos a ter em conta aquando de artroplastia da anca através da checklist demonstrou que a maioria destes doentes sentiam dificuldades quanto a, pelo menos, um aspeto da checklist.

Assim, do ponto de vista global houve recuperação em 4 dos doentes que integraram o projeto, tendo os resultados alcançados correspondido aos resultados esperados. Relativamente à marcha eficaz no momento da alta, apesar da evolução favorável destes doentes, a mesma verificou-se apenas em 3 doentes, pelo que se reconhece que este objetivo não foi atingido.

De acordo com a bibliografia consultada, os programas de educação dos doentes podem ser úteis na prevenção de complicações pós-operatórias, na redução da dor e na promoção da recuperação (Olson, 2011), sendo que a educação no período pré-operatório da artroplastia da anca assume particular importância (Cooke *et al.*, 2016; Huang *et al.*, 2017).

Relativamente à educação dos doentes submetidos a artroplastia da anca, a pesquisa realizada demonstrou que esta não é uma temática ainda muito explorada. O facto da temática em questão não ter muitas evidências disponíveis contraria, de certo modo, o Despacho n.º 3618-A/2016 de 10 de março, bem como Sousa & Carvalho (2016), que evidenciam a importância da literacia em saúde e da educação destes doentes.

Importa referir que o presente estudo foi confrontado com algumas limitações.

Um vez que não existia no contexto, onde teve lugar o estágio final, um protocolo de atuação de enfermagem de reabilitação na artroplastia da anca, as intervenções sistematizadas no âmbito da mesma, preconizadas neste programa de intervenção, foram realizadas apenas durante os turnos em que decorreu o estágio final. O facto de as intervenções de enfermagem de reabilitação serem realizadas apenas no turno da manhã constituiu outra limitação, uma vez que o turno da manhã é, por norma, um turno cujas

rotinas pressupõem a existência de mais estímulos, pela presença de mais pessoas no contexto, pelo ruído ou pelas tarefas desempenhadas, limitando a atenção dos doentes para as tarefas e aprendizagens a assimilar.

Relativamente ao desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista, as mesmas foram decorrentes da prestação direta de cuidados de ER bem como do seu planeamento, com base no respeito pela privacidade dos doentes, pela suas escolhas, pelos seus valores, pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais no sentido de uma prática segura.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação foram desenvolvidas mediante a implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação, de acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta, também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação.

As competências inerentes ao grau de mestre foram desenvolvidas através da produção do presente relatório, tendo sido identificada uma problemática, traçado um projeto de intervenção, implementadas as intervenções no âmbito do projeto e avaliados os resultados.

Tarefas de menor complexidade podem ser mais facilmente aprendidas se a atenção estiver focada no desempenho das mesmas (Tomo, Pereira, Pompeu & Pompeu, 2014), pelo que, em pesquisas futuras, sugere-se a implementação de programas de intervenção de enfermagem de reabilitação nestes doentes no período pré-operatório, antes do internamento, e também no turno da tarde. Tendo em conta os resultados a nível do Índice de Tinetti, e que em nenhum dos casos se verificou baixo risco de queda, sugere-se também, em pesquisas futuras, a integração, aquando da alta, do teste TUG, que constitui um instrumento eficiente e de baixo custo preditivo da ocorrência de quedas em idosos (Rodrigues & Souza, 2016), e subsequente articulação com a ER na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (s.d.) *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*
- Baixinho, C. (2011). Funcionalidade após fratura do colo do Fêmur. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25 (3), 311-319. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480>
- Barata, L. F. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.25-34). Loures: Lusodidacta
- Barros, E., Cambuzzi, G., Souza, J., Barroso, J. & Silva, L. (2017). *Cuidados e Orientações ao Paciente Submetido a Artroplastia de Quadril*. Perse. Disponível em <http://www.cefid.udesc.br/?id=120>
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- Borges, S. (2015). *Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12000/1/Sandra%20Cristina%20Soeiro%20Correia%20Borges.pdf>
- Branco, P. S. (2016). Equipa de Reabilitação. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.25-34). Loures: Lusodidacta

- Calvary Jonh James Hospital. (s.d.). *Hip Replacement: A Guide to Your Recovery*. Disponível em <https://www.calvarycare.org.au/john-james-private-hospital-canberra/wp-content/uploads/sites/15/2016/04/Total-Hip-Replacement-866-kB.pdf>

- Chang, C., Lin, K., Chen, W., Jane, S., Yeh, S., Wang, T. (2017). Effects of a Home-Based Resistance Training Program on Recovery From Total Hip Replacement Surgery: Feasibility and Pilot Testing. *Journal of Nursing Research*, 25(1), 21–30. Disponível em <https://sci-hub.tw/10.1097/jnr.000000000000128>. doi:10.1097/jnr.000000000000128

- Choi, J. (2016). Effect of Pictograph-Formatted Discharge Instructions for Low-Literate Older Adults After **Hip-Replacement** Surgery. *Nursing Research* 65(2). Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=91d8306c-037d-4704-8875-a09c1a85deea%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1sa-XZl#AN=113905252&db=ccm>

- Cooke, M., Walker, R., Aitken, L. M., Freeman, A., Pavey, S., Cantrill, R. (2016). Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 74-82. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=91d8306c-037d-4704-8875-a09c1a85deea%40sessionmgr104>. doi: 10.1111/scs.12223

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lisboa: Lusociência

- Costa, E. (2007). *Goniômetro*. Monografia apresentada à disciplina de Projeto Final como requisito parcial à conclusão do Curso de Engenharia da Computação. Disponível em <https://www.up.edu.br/blogs/engenharia-da-computacao/wp-content/uploads/sites/6/2015/06/2007.9.pdf>

- Costa Júnior, A. *et al.* (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 271-284. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>

- Cunha, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa: Lidel
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República nº 176/2016 – 1ª Série
- Despacho n.º 3618-A/2016 de 10 de março. Diário da República nº 49/2016 – 2ª Série
- Direcção Geral da Saúde. (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa: Europress, Lda
- Direcção Geral da Saúde. (2003). *Norma 014/2013 de 23/09/2013 – Artroplastia Total da Anca*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142013-de-23092013.aspx>
- Direcção Geral da Saúde. (2003). *Norma nº 09/DGCG de 14/06/2003 – A Dor como 5º sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direcção Geral da Saúde. (2008). *Circular Normativa Nº11/DSCS/DPCD – Programa Nacional de Controlo da Dor*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- European Commission. (2012). *Total Hip Arthroplasty : State of the Art, Challenges and Prospects*. Joint Research Centre Institute for Health and Consumer Protection. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponível em <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8e3eced7-c145-42df-808d-b45f8c884d22/language-en>
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 295-317). Loures: Lusodidacta

- Gomes, J. (2013). *A pessoa com artroplastia total da anca - Atividades de vida diária e qualidade de vida*. Trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf
- Graup, S.; Detanico, D.; Santos, S. & Mouro, A. (2009). Características da marcha de um paciente com osteoartrose de quadril com e sem auxílio de bengala. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(4), 357-62. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n4/13.pdf>
- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 61-72). Loures: Lusodidacta
- Hesbeen, W. (2004). O cuidado: uma necessidade para o mundo. In Walter Hesbeen, *Cuidar neste mundo*. (pp. 9-30). Lusodidacta. Loures.
- Hoeman, S. (2011). História, Controvérsias e Tendências. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 1-14). Loures: Lusodidacta
- Hoeman, S., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 209-270). Loures: Lusodidacta
- Hohler, S. (2018). Walk patients through total hip arthroplasty. *Nursing* 48 (9). Disponível em https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2018/09000/Walk_patients_through_total_hip_arthroplasty.7.aspx
- Huang, S., Chen, P., Chou, Y. (2012). Effects of a preoperative simplified home rehabilitation education program on length of stay of total knee arthroplasty patients. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*, 98(3). Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056812000370>

- Huang, T., Sung, C., Wang, W., Wang, B. (2017). The Effects of the Empowerment Education Program in Older Adults with Total Hip Replacement Surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1848–1861. Disponível em <https://sci-hub.tw/10.1111/jan.13267>. doi:10.1111/jan.13267
- Hutchison, A. *et al.* (2018). Inpatient rehabilitation did not positively affect 6-month patient-reported outcomes after hip or knee arthroplasty. *ANZ Journal of Surgery*, 88(10), 1056-1060. Resumo disponível em <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ans.14814>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de população residente 2015-2080. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Johns Hopkins Medicine. (s.d.). *Patient Education: Hip Replacement Surgery*. Disponível em https://www.hopkinsmedicine.org/johns_hopkins_bayview/_docs/medical_services/orthopaedic_surgery/hip_replacement_surgery_patient_education_guide.pdf
- Kisner, C. & Colby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas*. Barueri: Manole
- Koerich, M., Machado, R. & Costa, E. (2005). Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 106-110. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100014>
- Kuchálik, J. *et al.* (2013). Postoperative pain relief after total hip arthroplasty: a randomized, double-blind comparison between intrathecal morphine and local infiltration analgesia. *British Journal of Anaesthesia* 111 (5), 793 – 799. Disponível em [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)32024-X/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)32024-X/pdf)
- Lespasio, M. *et al.* (2018). Hip Osteoarthritis: A Primer. *The Permanente Journal*, 22: 17-084. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5760056/>. DOI:10.7812/TPP/17-084
- Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A. & Santos, I. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada dos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), 1-5. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>

- Litwic, A., Edwards, M., Dennison, E., & Cooper, C. (2013). Epidemiology and Burden of Osteoarthritis. *British Medical Bulletin*, 105, 185–199. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690438/> <http://doi.org/10.1093/bmb/lds038>

- Loeser, R. F. (2010). Age-Related Changes in the Musculoskeletal System and the Development of Osteoarthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(3), 371–386. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920876/> <http://doi.org/10.1016/j.cger.2010.03.002>

- Lopes, W. et al. (2013). Influência da obesidade na força muscular de membros inferiores e superiores em adolescentes. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(6), 720-729. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.18n6p720>

- Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O Estado da Reumatologia em Portugal*. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2010/05/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf

- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 15-30). Loures: Lusodidacta

- Marconi, M. & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas

- Marques- Vieira, C. & Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 547- 557). Loures: Lusodidacta

- Marquez, Jaime Olavo. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32. Disponível em <https://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>

- Martins, A. (2006). *Análise da Marcha na Artroplastia da Anca (Prótese Total da Anca não Cimentada)*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Disponível em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1386/1/Martins-A.pdf>

- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row Publishers.
- Mayeroff, M. (1990). *On caring*. New York: Harper & Row Publishers.
- McEwen M. & Wills, E. (2014). *Theoretical Basis for Nursing*. China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins
- McDonald, S., Page, M.J., Beringer, K., Wasiak, J., Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(5). Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003526.pub2/abstract>
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de Educação*, 2(2), 49-65. Disponível em <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/24/27>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In Afaf Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company, LLC
- Mendes, P. (2012). *Modelação Numérica do Índice de Tinetti e de Berg*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia Mecânica na Especialidade de Energia e Ambiente. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20447>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência
- Mesquita, G., Lima, M., Santos, A., Alves, E., B. & Martins, M. (2009). Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(1), 67-73. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100008>
- National Association of Orthopaedic Nurses. (2018). *Patient Education Manual: Total Hip Replacement*. Disponível em https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_pt-PTPT812PT812&ei=jO-

aPXMcvBtiLjLsPm-mBmAs&q=patient+education+manual+total+hip+replacement+naon&oq=Patient+Education+Manual%3A+Total+Hip++Replacement+N&gs_l=psy-ab.1.0.33i22i29i30.158790.163738..166660...0.0..0.103.307.0j3.....0.....2j1..gws-wiz.sjpHr9cKQ48#

- Olson, R. (2011). Função Musculoesquelética. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 411-442). Loures: Lusodidacta
- Olsson, L., Nyström, A., Karlsson, J. & Ekman, I. (2010). Admitted with a Hip Fracture: Patient Perceptions of Rehabilitation. In Afaf Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company, LLC
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIFE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*
- Pearson, M. & Craig, J. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In Jean Craig & Rosalind Smith, *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência
- Persch, L. (2008). *Efeito do treinamento da força muscular sobre parâmetros da marcha associados ao risco de quedas em idosas*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do título de Mestre em Educação Física da Universidade Federal do Paraná. Disponível em <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/15773>

- Petit, C. (2004) Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In Walter Hesbeen, *Cuidar neste mundo*. (pp. 87-102). Loures: Lusodidacta

- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.3-14). Loures: Lusodidacta

- Pina, J. (2010). *Anatomia Humana da Locomoção*. Lisboa: Lidel

- Pinto, L. (2018). *Enfermagem de Reabilitação – Reconstrução da Independência da Pessoa com Défice no Autocuidado*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23450>

- Pranke, G. (2010). *Equilíbrio Postural e Obesidade*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana. Disponível em <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/6479/PRANKE%2C%20GABRIEL%20IVAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Radwanski, M. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In Shirley Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (pp. 695-714). Loures: Lusodidacta

- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35/2011 – 2ª Série

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº 26/2019 – 2ª Série

- Reis, G. & Bule, M. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.57-65). Loures: Lusodidacta

- Resolução da Assembleia da República n.º 35/2008 de 29 de julho. Diário da República nº 145/2008 – 1ª Série

- Rodrigues, A. & Souza, V. (2016). Eficiência do teste timed up and go na predição de quedas em idosos atendidos em uma unidade básica de saúde de Fortaleza-CE. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 10 (58), 314-320. Disponível em <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/952/793>

- Santana, I. et al. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. Disponível em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6889/4651>
<http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>

- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.15-23). Loures: Lusodidacta

- Saraiva, D. et al. (2014). Via Anterior Directa na Artroplastia da Anca Técnica Cirúrgica e Resultados Preliminares. *Revista Portuguesa da Ortopedia e Traumatologia*, 22(1), 67-77. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpot/v22n1/v22n1a07.pdf>

- Saunders, R. et al. (2018). An eHealth Program for Patients Undergoing a Total Hip Arthroplasty: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols* 7(6). Disponível em <https://www.researchprotocols.org/2018/6/e137/>. DOI: 10.2196/resprot.9654

- Serviços de Documentação do Instituto Politécnico de Leiria. (2013). *Guia para a Elaboração de Referências Bibliográficas - Normas APA*. Disponível em <https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2015/05/Referencias-APA.pdf>

- Schäffler, A. & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência

- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In Afaf Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 38-51). New York: Springer Publishing Company, LLC

- Silva, M. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade*. Trabalho apresentado com vista à atribuição do Grau de Mestre em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem.

- Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%CC%A7A%CC%83O%20Vers%C3%A3o%20final%20Te-resa%20Costa%20MDCSE.pdf>
- Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria & Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. (2013). *Desarrollo de Guías de Práctica Clínica en Pacientes con Comorbilidad y Pluripatología*. Madrid: Multimédica Proyectos, S. L. Disponível em <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf>
 - Sousa, A. & Tavares, J. (2010). *A marcha humana: uma abordagem biomecânica*. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25484/2/60817.pdf>
 - Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.421-431). Loures: Lusodidacta
 - Sousa, L. & Carvalho, M. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento em Ortopedia. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.405-420). Loures: Lusodidacta
 - Stiff, J. et al. (2010). *Análise das evidências sobre artroplastia total de quadril com fixação cimentada versus não cimentada*. Porto Alegre: Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências. Disponível em <https://www.unimed.coop.br/documents/2159147/2162831/2010-fixacao-cimentada-versus-nao-cimentada-na-artroplastia-total-de-quadril.pdf>
 - Stigmar, K. et al. (2017). Sick leave in Sweden before and after total joint replacement in hip and knee osteoarthritis patients. *Acta Orthopaedica*, 88 (2), 152–157. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385109/pdf/iort-88-152.pdf>

- Thomas, K., Burton, D., Withrow, L. & Adkisson, B. (2004). Impact of a Preoperative Education Program via Interactive Telehealth Network for Rural Patients Having Total Joint Replacement. *Orthopaedic Nursing*, 23(1), 39–44. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14999951>

- Tomo, C., Pereira, V., Pompeu, S. & Pompeu, J. (2014). Efeitos do treino funcional de membro superior em condição de dupla tarefa na doença de Parkinson. *Revista Neurociências*, 22(3), 344-350. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/966original.pdf>.

- Vieira, C. & Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta

- Vigia, C., Ferreira, C. & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In Cristina Marques-Vieira e Luís Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta

- Violante, A. (2014). *Efetividade de Ensino Pré-Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca*. Trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=31410&code=883>

- Yin, R. (2001). *Estudo de caso – Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Artmed® Editora S.A.

- <https://www.ers.pt/pages/198>

- <http://www.hevora.min-saude.pt>

- <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oePlaneamentoRH/SCDENfermagem/tabid/650/language/pt-PT/Default.aspx>

ANEXOS

ANEXO A - Aspectos a ser aprendidos aquando de Artroplastia da Anca: Checklist

Aspetos a ser aprendidos aquando de Artroplastia da Anca - Checklist

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	
Consciencialização da respiração abdomino-diafragmática	
Dissociação dos tempos respiratórios	

EXERCÍCIOS DEITADO	
Puxar o pé para cima e para baixo, mexendo apenas o pé	
Empurrar a perna contra a cama, contraindo a coxa	
Apertar as nádegas uma contra a outra	
Sem dobrar o joelho, mobilizar o membro até à linha média do plano sagital, não a ultrapassando, e voltar à posição inicial	
Realizar a ponte, fletindo a perna sã, fazendo força no calcanhar e nos cotovelos e levantando as nádegas	

LEVANTAR E DEITAR	
Sempre que possível, levantar-se pelo lado sã:	
Endireitar-se na cama até ficar quase sentado, mantendo o membro operado em extensão	
Sentado na parte lateral da cama, rodar o corpo, sempre com o membro operado em extensão	
Com as mãos apoiadas na cama, fazer pressão com o membro não operado para deslizar e ficar de pé, encostado à cama	
Não fazer movimentos rápidos que possam perturbar o equilíbrio e apoiar-se no auxiliar de marcha	
Para deitar deve realizar a sequência anterior no sentido contrário	

DEAMBULAÇÃO COM AUXILIAR DE MARCHA	
Deve levantar os pés do chão, para evitar que fiquem em rotação interna ou externa	
Avançar com o auxiliar de marcha, sem se dobrar	
Avançar com o membro operado	
Avançar com o membro são	

SUBIR E DESCER ESCADAS			
Para subir		Para descer	
Subir com o membro são em primeiro lugar		Descer com o auxiliar de marcha em primeiro lugar	
Subir com o membro operado		Descer com o membro operado	
Subir com o auxiliar de marcha		Descer com o membro são	

SENTAR E LEVANTAR DE CADEIRAS	
Se for numa cadeira com braços	
Ficar de costas para a cadeira, com a mesma a tocar na parte de trás dos joelhos	
Apoiar-se nos braços da cadeira e fazer deslizar o membro operado para a frente, fletindo o joelho do membro são, até ficar sentado	
Deslizar na cadeira até se sentir confortável	
Se for numa cadeira sem braços	
Colocar-se de lado da cadeira, de costas para a mesma, tocando-lhe com a parte de trás dos joelhos	
Apoiar uma mão nas costas da cadeira e a outra no assento, fazer deslizar o membro operado para a frente, fletindo o joelho do membro são, até ficar sentado	

Mantendo o membro operado sempre em extensão, rodar, deslizando na cadeira, até ficar virado para a frente e se sentir confortável	
Para se levantar deve realizar as sequências anteriores no sentido contrário	

UTILIZAÇÃO DO SANITÁRIO	
Ficar de costas para a sanita, com a mesma a tocar na parte de trás dos joelhos (utilizar um elevador de sanita, se necessário)	
Apoiar-se, idealmente em apoio fixo na parede, e fazer deslizar o membro operado para a frente, fletindo o joelho do membro são, até ficar sentado	

BANHO	
Preferencialmente, em cabine de duche, e não em banheira, com apoio fixo na parede e sentado num banco	

PREVENÇÃO DE LUXAÇÃO DA PRÓTESE	
Manter uma almofada entre as pernas, de forma a que se mantenham afastadas	
Não fletir a anca operada mais de 90°	
Não cruzar as pernas	
As cadeiras e sanitas utilizadas devem ser altas (utilizar elevador de sanita)	
Não realizar rotação interna ou externa	
Não realizar decúbito lateral para o lado operado	
Não tentar levantar a perna com o joelho esticado	

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA
Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção
de Oviedo)

***Recuperação global e marcha eficaz na Pessoa Idosa Submetida a Artroplastia
da Anca – Projeto de Intervenção***

Com o presente projeto pretende-se recuperar, do ponto de vista global, a pessoa idosa submetida a artroplastia da anca e contribuir para a marcha eficaz no momento da alta.

Para tal pretende-se avaliar o desempenho nas atividades da vida diária (AVD), o equilíbrio, a força muscular, a dor e a amplitude articular do joelho e da anca da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca, diagnosticando défices e dependências, após o que será implementado um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, dirigido à reabilitação funcional da pessoa idosa, de acordo com os défices identificados, com especial atenção para a capacidade de andar.

Trata-se de um projeto de investigação, em que será utilizada a metodologia do estudo de caso. Como instrumentos de colheita de dados serão utilizados o Mini Mental State Examination, o Índice de Barthel, o teste de Tinetti, a Escala de Lower e a Escala Numérica da Dor.

Os dados colhidos são anónimos e confidenciais e só serão utilizados nesta investigação, estando salvaguardada a identidade da pessoa. O presente estudo teve aprovação ética e legal das entidades envolvidas.

A sua participação no estudo é importante, porém caso não queira participar tal não acarretará quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros. Em caso de dúvidas não hesite em questionar o investigador, solicitando informação adicional.

Se estiver de acordo em participar neste estudo, queira, por favor, dar o seu consentimento por escrito.

Ana Garção OE 5-E-58492

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

(Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 15/15)

Assinatura:.....

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

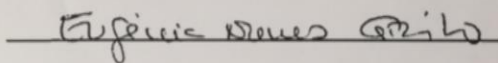
ANEXO C - Declaração do Docente Orientador

Declaração

Eugénia Nunes Grilo, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola, Superior de Saúde Dr. Lopes Dias declaro para os devidos efeitos que oriento a estudante Ana Isabel Baptista Garção, no seu projeto de intervenção e respetivo relatório sobre a "Recuperação global e marcha eficaz na Pessoa Idosa Submetida a Artroplastia da Anca", desenvolvidos no contexto do mestrado integrado em associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Setúbal, Portalegre, Beja , Castelo Branco e Universidade de Évora.

Castelo Branco, 26 de setembro de 2018

Eugénia Nunes Grilo (PhD)



INTERNAMENTO
MOVIMENTO DE DOENTES
Servico Fisico

Periodo de 01/01/2017 a 31/12/2017

ORTOFEDIA

	Adm.			Entradas				Saídas				Diet.				D. T. Casa			
	Lotacao em			Org.	Cama	Transf.	Out.	Total	Direct.	Falec.	Tr/Bat.	Tr/Int.	Total	31/12/17	Int.		I.S.	Media	Ocupacao
	01/01/17	31/12/17	31/12/16																
ORTOFEDIA	37	35	24	553	430	66	2	985	937	25	15	71	1048	27	10521	10379	10.42	82.34	27.81
Total	37	35	24	553	430	66	2	985	937	25	15	71	977	27	10521	10379	10.42	82.34	27.81
Total Global	37	35	24	553	430	66	2	985	937	25	15	71	977	27	10521	10379	10.42	82.34	27.81

**

ANEXO E - Pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do HESE, EPE de-
ferido

Para Sr. Prof. Chefe José Jatos
com a informação

Évora, 28/09/2018
02.10.2018

Inf.: O solicitado foi objeto de
inspeção e análise nesta V. Exa. de Ortopedia
pleno sig. oficial, sendo ainda uma vez
V. Exa. de Ortopedia e parâmetros de intervenção
Portalegre, 26 de setembro de 2018

E. de acetona
2018/10/15
Cecília Varandas
Adjunta Enf. Director

Exmo(a). senhor(a)

Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora,
EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de Projeto de Intervenção.

Nome da estudante: Ana Isabel Baptista Garção

Contactos: 926877171; e-mail: ana.ibgarcao@gmail.com

Título do projeto: "Recuperação global e marcha eficaz na pessoa idosa submetida a artroplastia da anca"

Sou através do presente a solicitar a V. Exa autorização para a realização, no serviço de Ortopedia do Hospital do Espírito Santo de Évora, um projeto de intervenção, cujo resumo segue em anexo.

O projeto de intervenção insere-se na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação do Mestrado Integrado em Associação, do qual fazem parte a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre e Setúbal.

Como mestranda da Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação do Mestrado Integrado em Associação, proponho-me a realizar o projeto de intervenção anexo, sob a orientação científica da Professora Doutora Eugénia Grilo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, sendo que todas as intervenções realizadas serão supervisionadas por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, garantindo a segurança máxima dos doentes.

Integrarão este projeto de intervenção as pessoas idosas submetidas a artroplastia da anca que manifestem vontade de participar e autorizem a sua participação. Será

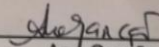
garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos, tanto no decurso do projeto como na fase de relatório.

Importa ainda referir que este estudo não acarreta custos adicionais para o hospital ou para o serviço onde se pretende o seu desenvolvimento.

Sendo a Instituição que acolheu o Mestrado em Associação 2017-2018 o Instituto Politécnico de Setúbal, importa referir que o mesmo dispensa outras formalidades, para além deste pedido.

Grata desde já pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,



Ana Garção

HESE-EPE	
RECEBIDO	Em: 28/09/18
	N.º: 1959
RESPONDIDO	Em: / /
	N.º: / /

ANEXO F - Pedido de Parecer à Comissão de Ética do HESE, EPE

**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE
ÉVORA EPE**

Ana Isabel Baptista Garção, na qualidade de enfermeira, com o contacto telefónico 926877171, o email ana.ibgarcao@gmail.com e a morada Rua Mousinho de Albuquerque, nº90, 7300-197, Portalegre, solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

RESUMO:

O aumento da longevidade acarreta um aumento dos problemas que requerem cuidados de longa duração (Veras, 2002) entre os quais se encontra a osteoartrite (OA), que é uma das patologias mais frequentes nos idosos.

A OA consiste numa doença degenerativa, que envolve a cartilagem e muitos dos seus tecidos circundantes, associado a danos ou perda de cartilagem, remodelação do osso subarticular, formação de osteófitos, laxidão dos ligamentos, enfraquecimento dos músculos periarticulares e, em muitos casos, inflamação sinovial (Litwic et al, 2013). A OA pode desenvolver-se em qualquer articulação, sendo a anca uma das mais afetadas (Litwic et al., 2013).

Cursa com dor, rigidez, e limitação de movimentos e fragilidade que contribuem para o aparecimento de um quadro de incapacidade, "podendo restringir o andar em piso plano, dificultar o deslocamento em escadas e o levantar de um assento, assim como outros gestos da vida diária, necessários para a independência funcional do indivíduo" (Graup et al., 2009, p. 357).

Entre as principais consequências da OA a nível da anca encontram-se as alterações na marcha e no equilíbrio (Graup et al., 2009). A marcha normal é considerada o resultado da correção entre a ação coordenada das funções musculares e esqueléticas, originada por complexas estruturas neurológicas sincronizadas com as funções do aparelho locomotor humano, pelo que o comprometimento de, pelo menos, uma das estruturas envolvidas irá, consequentemente, comprometer a marcha (Katoulis et al, citados por Martins (2006). O compromisso da marcha e a presença de dor severa diária, com evidência radiológica de perda de espaço articular, constituem frequentemente a maior indicação para artroplastia da anca (Litwic et al., 2013).

Telefone: 266 740 100 – Telemóvel: 961 961 650 – Fax: 266 701 821



geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora, sob o
n.º 508 085 888 NIPC/NIF 508 085 888 | Capital Estatutário: 31 002 535,00 Euros

Tendo em consideração que a pessoa submetida a artroplastia da anca passa de uma situação de diminuição da funcionalidade, originada pelo processo de doença, para uma situação de maior debilidade, no pós-operatório e, posteriormente para uma situação de melhoria da sua funcionalidade, no seu processo de reabilitação, pode dizer-se que a pessoa se encontra a atravessar um processo de transição, na dicotomia saúde-doença.

Neste processo de transição, é fulcral o papel o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Com base em problemas reais e potenciais identificados, o EEER procede à elaboração, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, visando a melhoria da função, a promoção da independência e a satisfação da pessoa, tendo em conta as suas competências específicas.

Problemas que se colocam:

O contexto de cuidados onde se pretende implementar o projeto de intervenção decorre no serviço de Ortopedia, no qual se verifica frequentemente a problemática da artroplastia da anca. Tendo em consideração esta problemática, em especial o comprometimento da capacidade de andar, verifica-se a oportunidade de implementação de um projeto de intervenção dirigido à recuperação global e à marcha eficaz, na pessoa idosa submetida a artroplastia da anca.

Para tal propõe-se o projeto de intervenção *“Recuperação global e marcha eficaz na Pessoa Idosa Submetida a Artroplastia da Anca”*, com o objetivo de recuperar, do ponto de vista global, a pessoa idosa submetida a artroplastia da anca e contribuir para a marcha eficaz no momento da alta.

Objetiva-se, especificamente:

- Avaliar o desempenho nas atividades da vida diária (AVD), o equilíbrio, a força muscular, a dor e a amplitude articular do joelho e da anca da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca;
- Diagnosticar défices e dependências;
- Implementar um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, dirigido à reabilitação funcional dos doentes de acordo com os défices identificados, com especial atenção para a capacidade de andar;

Telefone: 266 740 100 – Telemóvel: 961 981 650 – Fax: 266 701 821



geral@heveva.min-saude.pt | www.heveva.min-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora, sob o
n.º 508 085 888 NIPC/NIF 508 085 888 | Capital Estatutário: 31 002 535,00 Euros

- Avaliar os ganhos no desempenho das AVD e, em particular, na marcha eficaz.

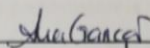
O projeto de intervenção contempla intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa idosa submetida a artroplastia da anca, desde o momento da admissão até à alta, com avaliações aquando da admissão, do 3º ou 4º dia de pós-operatório e da alta, no período compreendido entre 17 de setembro e 25 de novembro de 2018. De realçar que a identidade dos utentes será protegida, estando assegurado o seu anonimato.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Solicita-se autorização para a implementação do projeto de intervenção, no contexto da prática de cuidados, no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Mestrado Integrado – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Os resultados do projeto de intervenção serão depois divulgados sob a forma de relatório que, após discussão pública e aprovação, ficará disponível no repositório científico do Instituto Politécnico de Setúbal.

A requerente

26/09/18



Telefone: 256 740 100 – Telemóvel: 961 981 650 – Fax: 256 701 821

geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt

Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora, sob o
n.º 508 085 888 NIPC/NIF 508 085 888 | Capital Estatutário: 31.002.535,00 Euros



RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM POR MESES

Serviço: Ortopedia/Oftalmologia/Otl

Data Inicial: 01-01-2017

Data Final: 31-12-2017

Mes	N.º Doradas	HCN	HCP	HCP Corrigido	Varição Corrigida	HCNDI	HCP/DI Corrigido	% Utilização Corrigida	Varição em ETC
JANEIRO	1134	6160.50	4002.50	4440.50	- 1720.00	5.43	3.92	138.73	- 13.92
FEVEREIRO	1131	6509.00	3651.50	4055.50	- 2453.50	5.76	3.59	160.50	- 20.41
MARÇO	1190	6160.50	4080.50	4530.50	- 1930.00	5.43	3.81	142.60	- 15.35
ABRIL	1050	6075.00	3811.00	4232.00	- 1843.00	5.79	4.03	143.55	- 15.09
MAIO	1052	5475.50	4038.00	4469.00	- 1006.50	5.20	4.25	122.52	- 9.27
JUNHO	977	5228.50	3809.00	4234.00	- 994.50	5.35	4.33	123.49	- 9.46
JULHO	1087	6045.00	3623.50	4060.50	- 1984.50	5.56	3.74	148.87	- 15.62
AGOSTO	1080	5788.50	3643.00	4077.00	- 1711.50	5.36	3.78	141.98	- 13.84
SETEMBRO	838	4660.00	2999.00	3349.00	- 1311.00	5.56	4.00	139.15	- 13.29
OUTUBRO	888	4816.50	3663.00	4081.00	- 735.50	5.42	4.60	118.02	- 7.69
NOVEMBRO	987	5658.00	3645.00	4057.00	- 1601.00	5.73	4.11	139.46	- 13.88
DEZEMBRO	1038	6139.00	3749.50	4183.50	- 1955.50	5.91	4.03	146.74	- 15.42
Totais / Médias:	12452	60916.00	44715.50	49769.50	19246.50	5.54	4.01	138.80	- 13.61

APÊNDICES

APÊNDICE A - A importância das atividades de ensino e treino nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura - Resumo

A importância das atividades de ensino e treino nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura

The importance of teaching and training activities in nursing care to patients undergoing hip arthroplasty: Integrative Literature Review

Ana Garção, Mestranda Enfermagem de Reabilitação

Eugénia Grilo, Professora Doutora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, IPCB

Resumo

Objetivos: O principal objetivo deste trabalho foi identificar na literatura recente quais as intervenções de ensino e treino dirigidas aos doentes submetidos a artroplastia da anca realizadas por enfermeiros, são suscetíveis de produzirem resultados positivos nestes doentes.

Métodos: Pesquisa via Ebsco nas bases de dados CINAHL, MEDLINE Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina no período compreendido entre outubro e dezembro de 2018 através da utilização de descritores em língua inglesa Nursing, Intervention, Education OR Training, e Hip Arthroplasty OR Hip Replacement, combinados com a expressão booleana AND. Critérios de inclusão na seleção dos artigos: Artigos em texto integral, publicados nos últimos dez anos, que incluíssem no título ou no texto os descritores selecionados e que incluíssem ensinamentos e treinos como intervenções de enfermagem.

Resultados: Dos **33** artigos publicados entre 2009 e 2018, tendo em conta os critérios de inclusão, resultaram **5** artigos em texto integral, que posteriormente foram analisados de acordo com a estratégia PICO(D). Desta análise obteve-se **1** artigo que reunia todos os critérios de inclusão.

Conclusões: Não foram identificadas intervenções de ensino e treino suscetíveis de produzir resultados nos doentes submetidos a artroplastia, mas a pesquisa permitiu concluir a sua importância nestes doentes. A pesquisa realizada demonstrou que esta não é uma temática ainda muito explorada, tendo

em contra o número limitado de artigos encontrados, o que remete para uma necessidade de mais pesquisa nesta temática.

Palavras-Chave: Enfermagem; Intervenção; Ensino ou Treino; Artroplastia ou Substituição da Anca

Abstract

Aim: Identify which teaching and training interventions directed to the patient undergoing hip arthroplasty performed by nurses are likely to produce positive results in these patients.

Methods: Research using EBSCO in the databases CINAHL, MEDLINE Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Medication in the period between October and December 2018 through the use of English-language descriptors Nursing, Intervention, Education OR Training, and Hip Arthroplasty OR Hip Replacement, combined with the Boolean expression AND. Inclusion criteria in the selection of articles: Articles in full text, published in the last ten years, that included in the title or text the selected descriptors and that included teaching and training such as nursing interventions.

Results: Taking into account the inclusion criteria, of the **33** articles published between 2009 and 2018, **5** articles were produced in full text, which were later analyzed according to the PICO (D) strategy. From this analysis we obtained **1** article that met all the inclusion criteria.

Conclusions: No teaching and training interventions were identified that could produce results in patients undergoing arthroplasty, but research has found its importance in these patients. The research carried out showed that this is not a topic that is still very much explored, against the limited number of articles found, which refers to a need for more research in this area.

Key-Words: Nursing; Intervention; Education OR Training; Hip Arthroplasty OR Hip Replacement.

Envio Manuscrito para Journal of Aging and Innovation



Caixa de entrada x



Journal of Aging and Innovation <geral@journalof... 28/03/2019, 19:08 (há 2 dias) ☆ ↶ ⋮
para eu ▾

Caro(a) Ana Garção,

Agradecemos o seu envio para Journal of Aging and Innovation

Mail enviado via o site da Revista Journal of Aging and Innovation
<http://journalofagingandinnovation.org>

↶ Responder

➡ Encaminhar