

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

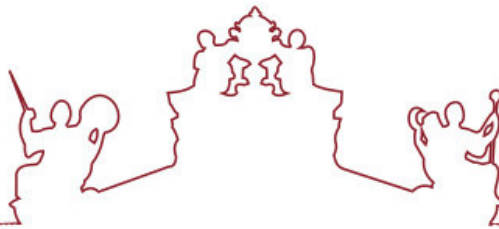
Relatório de Estágio

O Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a Prótese da Anca

Fábio da Silva Afonso Fortunato Antunes

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

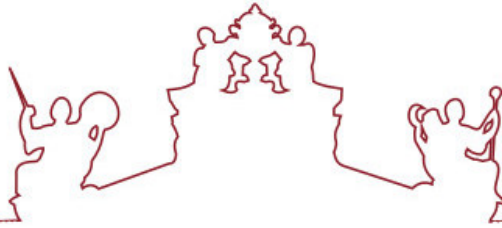
O Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a Prótese da Anca

Fábio da Silva Afonso Fortunato Antunes

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2023





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Luís Manuel Mota de Sousa (EAD - Empresa de Arquivo de Documentação, S.A.) (Arguente)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“Porque eu sou tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...”

(Fernando Pessoa)

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA SUBMETIDA A PRÓTESE DA ANCA

RESUMO

Enquadramento: Com o aumento da esperança média de vida, a manutenção da qualidade de vida surge como preocupação, particularmente na população idosa. Com o envelhecimento, as capacidades motoras ficam comprometidas, em grande parte devido à degeneração de estruturas osteoarticulares, como é o caso da coxartrose, surgindo a artroplastia da anca como um procedimento cirúrgico que dá resposta a um elevado número de casos. Nestas situações a Enfermagem de Reabilitação assume particular importância, capacitando a pessoa/família, permitindo uma maior funcionalidade e independência no autocuidado, melhorando a sua qualidade de vida, facilitando o processo de transição e a sua integração na sociedade.

Objetivo: Descrever as atividades desenvolvidas no Estágio Final, evidenciando os ganhos em saúde após implementação de um programa de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia da anca; bem como refletir sobre as competências desenvolvidas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre.

Metodologia: Implementação de Programa de Reabilitação a pessoas submetidas a artroplastia da anca, seguindo a metodologia de estudo de caso, com base na Teoria de Enfermagem de Orem e na Teoria das Transições de Meleis. A avaliação de resultados foi feita através do grau de independência e conhecimentos adquiridos. A amostra foi selecionada segundo os critérios: submetidos a artroplastia da anca, capacidade cognitiva para reter conhecimentos e participar no programa de reabilitação.

Resultados: Os resultados demonstram uma maior independência funcional após a implementação do programa de reabilitação, bem como um aumento dos conhecimentos relacionados com segurança, movimentos anti-luxantes e prevenção de quedas.

Conclusão: As competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre foram adquiridas, no sentido em que me permitiram avaliar a situação, mobilizar conhecimentos teóricos para a prática e implementar um programa de Enfermagem adequado às necessidades.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Artroplastia da Anca, Independência Funcional

THE IMPACT OF A REHABILITATION NURSING PROGRAM ON THE PERSON SUBMITTED TO HIP PROSTHESIS

ABSTRACT

Framework: With the increase in the average life expectancy, the maintenance of quality of life emerges as a concern, particularly in the elderly population. With aging, motor skills are compromised, largely due to the degeneration of osteoarticular structures, such as coxarthrosis, and hip arthroplasty appears as a surgical procedure that responds to a high number of cases. In these situations, Rehabilitation Nursing assumes particular importance, enabling the person/family, allowing greater functionality and independence in self-care, improving their quality of life, facilitating the transition process and their integration into society.

Objective: Describe the activities developed in the Final Stage, highlighting the health gains after implementing a rehabilitation program for the person undergoing hip arthroplasty; as well as to reflect on the developed competences of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and Master.

Methodology: Implementation of a Rehabilitation Program for people undergoing hip arthroplasty, following the case study methodology, based on Orem's Nursing Theory and Meleis Transitions Theory. The evaluation of results was done through the degree of independence and acquired knowledge. The sample was selected according to the criteria: submitted to hip arthroplasty, cognitive ability to retain knowledge and participate in the rehabilitation program.

Results: The results demonstrate greater functional independence after the implementation of the rehabilitation program, as well as an increase in knowledge related to safety, anti-dislocation movements and fall prevention.

Conclusion: The competences of Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master were acquired, in the sense that they allowed me to assess the situation, mobilize theoretical knowledge for practice and implement a Nursing program suited to the needs.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Hip Arthroplasty, Functional Independence

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Rogério Ferrinho Ferreira, pelo acompanhamento realizado ao longo do meu percurso, orientando todo este processo.

Aos orientadores de estágio, cujo partilha de conhecimentos contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus colegas, sem a partilha e companheirismo esta etapa teria sido mais difícil.

Aos meus amigos, cujo incentivo foi de extrema importância para não desistir, quando tudo parecia não ter fim.

À minha família, que me apoiou em todos os momentos, ouvindo os meus dilemas e preocupações.

Ao meu pai, que me apoiou, suportou, encorajou e empurrou desde a minha decisão em ingressar no curso, até ao dia de hoje, festejando o meu sucesso como se fosse seu, como se ele próprio não estivesse a braços com o seu próprio percurso académico.

À minha mãe, cuja força me inspirou a não abrandar quando tudo parecia complicado..

Ao meu avô, por ser quem é, por ser o meu melhor amigo, por ser a minha inspiração.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. APRECIACÃO DE CONTEXTO	13
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
3.1. Anatomia da anca	17
3.2. Artrose	19
3.3. A fratura da extremidade proximal do Fémur	22
3.4. A artroplastia da anca	26
3.4.1. A Artroplastia total da anca	26
3.4.2. A Artroplastia parcial da anca	29
3.4.3. Vias de abordagem da Artroplastia da Anca	30
3.4.4. Complicações da Artroplastia da Anca	32
3.5. A Capacitação da Pessoa/Família submetida a Artroplastia da Anca	33
3.5.1. O Modelo de Autocuidado de Orem	37
3.5.2. A Teoria das transições de Meleis	40
3.6. A Reabilitação da Pessoa submetida a Artroplastia da Anca	43
3.6.1. A Intervenção de Reabilitação no Pré-Operatório	45
3.6.2. A Intervenção de Reabilitação no Pós-Operatório	48
3.7. O Autocuidado Transferir	50
3.8. A Preparação para a Alta	52
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	54
4.1. Metodologia	57
4.1.1. Seleção dos participantes	59
4.1.2. Colheita de dados	60
4.1.3. Tratamento de dados	62
4.1.4. Considerações éticas	62
4.2. Resultados	63
4.3. Discussão	77
5. REFLEXÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	82
5.1. Competências comuns de enfermeiro especialista	83
5.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	87
5.3. Competências de Mestre	91
6. CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	80
Anexo II – Escala de Avaliação de Força Muscular de <i>Lower</i>	90
Anexo III – Avaliação da Escala Simples de Equilíbrio.....	90
Anexo IV – Índice de <i>Barthel</i>	90
Anexo V – Escala de Queda de <i>Morse</i>	90
Anexo VI - Resumo do artigo “ <i>O impacto de um programa de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca: uma revisão sistemática da literatura.</i> ”.....	80
Anexo VII – Certificado de presença nas 1 ^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação: Transversalidade, do CHUA.....	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Proposta de intervenções à pessoa submetida a prótese total/parcial da anca no período pré-operatório.....	55
Quadro nº 2 - Proposta de intervenções à pessoa submetida a prótese total/parcial da anca no período pós-operatório.....	56
Quadro nº 3 - Elementos da Etapa 1 – desenho do projeto.....	58
Quadro nº 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra e MMSE.....	63
Quadro nº 5 - Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C1...66	
Quadro nº 6 - Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C2...69	
Quadro nº 7 - Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C3...72	
Quadro nº 8 - Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C4...75	

LISTAGEM DE ABREVIATURAS

AAAOS - *American Academy of Orthopaedic Surgeons*

AVD – Atividades de Vida Diária

bpm – batimentos por minuto

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

cpm – ciclos por minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

DHS – *Dynamic Hip Screw*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EN – Escala Numérica

FC – Frequência Cardíaca

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE - *Mini Mental State Examination*

PA – Pressão Arterial

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final, integrado no plano de estudos da 5ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação, na vertente de especialização em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde São João de Deus em Évora, tendo o estágio decorrido ao longo de 10 semanas no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) – Unidade de Faro, no período de 27 de setembro a 3 de novembro de 2021.

O planeamento das atividades desta unidade curricular, pressupõe que o estudante deverá ser capaz de desenvolver a sua capacidade de conceber e implementar um programa de reabilitação adequado à pessoa e suas necessidades, através de intervenções, monitorizando os resultados, de forma a compreender se a sua intervenção se está a traduzir em ganhos para a pessoa. Este processo deverá ocorrer no seio de uma equipa multidisciplinar, sob orientação e supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Ferreira et al, 2021).

Para atingir os objetivos, foi elaborado e implementado um projeto de estágio intitulado: “O Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a Prótese da Anca” no serviço anteriormente referido, ao longo de 10 semanas. Este relatório constitui a derradeira etapa deste projeto, onde está descrita a implementação e respetivos resultados do programa. O relatório serve ainda o propósito de demonstrar capacidades crítico-reflexivas sobre o percurso e as aprendizagens, bem como demonstrar a aquisição de competências específicas de EEER e de mestre, pelo que deverá ser submetido a prova pública.

A escolha do tema prende-se com o gosto pessoal pela área de ortopedia, bem como, o facto de ser uma temática relevante tendo em conta o perfil da população portuguesa, pois a fratura do fémur é um dos principais fatores que interferem com a mobilidade e independência funcional desta mesma população. Assim, e sendo o EEER de referência nos cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca, optou-se por orientar o projeto de estágio para a independência no autocuidado.

O envelhecimento da população é um fenómeno que tem vindo, de forma gradual, a agravar anualmente. Esta situação tem contribuído também, para o aumento da incidência de doenças, uma vez que provoca uma série de alterações morfológicas e fisiológicas, tanto a nível da visão, cardiovascular, funcional, entre outros, que contribuem bastante para o aumento da probabilidade de ocorrência de quedas. O agravamento deste risco deve-se ao facto das alterações contribuírem para a diminuição da força muscular, alterações posturais, alterações de estados de consciência, diminuição da acuidade visual, entre outros, que vão comprometer a capacidade de compreender as limitações, incapacitando assim a pessoa de realizar as suas atividades de vida diária (AVD). A par destas alterações, também a presença da dor está agravada, gerando também dificuldades a nível funcional, aumentando o risco de queda (Gomes et al., 2019; Atílio et al 2021).

Além do processo degenerativo associado ao avançar da idade, também a degeneração das estruturas articulares, contribui para condicionar a mobilidade da pessoa idosa. A osteoartrite, uma doença degenerativa das articulações, caracterizada por dor, rigidez, desconforto e, em alguns casos, deformidades, é também um grande responsável pela incapacidade do idoso satisfazer as suas AVD (Santos et al, 2015). Outro fator que também interfere com a mobilidade e, conseqüentemente com a independência no desempenho das AVD, é a fratura do fémur, que ocorre com alguma frequência na pessoa idosa, apresentando inclusivamente, uma taxa de mortalidade significativa (Barreira, 2015).

Sendo as patologias ortopédicas as causadoras principais dos fatores que limitam a funcionalidade a nível articular, a artroplastia da anca surge como uma intervenção cirúrgica com uma enorme importância, uma vez que vai permitir à pessoa o alívio da dor, bem como, devolver algum do potencial funcional ao membro, aumentar a mobilidade e adquirir uma maior independência e qualidade de vida (Dias et al., 2021).

Da mesma maneira, também uma intervenção precoce por parte dos profissionais que cuidam destas pessoas, é essencial para diminuir o agravamento da dependência da pessoa e da funcionalidade do membro. Assim, torna-se essencial compreender as verdadeiras necessidades da pessoa, de forma a conceber um plano de reabilitação direcionado à mesma. Durante esta avaliação, é também essencial aferir qual a capacidade

de resposta do seio familiar no qual a pessoa está inserida, pois o envolvimento da família é uma peça chave da transição da pessoa do hospital para o domicílio, dando continuidade ao programa implementado no internamento (Ferreira & Baixinho, 2021).

No que concerne à reabilitação da pessoa, o EEER assume um papel determinante, na medida em que é um profissional que acompanha o processo de internamento do doente, dotado de competências específicas, que permitem compreender quais as limitações e défices da pessoa, programando assim, intervenções adequadas (Palma et al, 2021).

Este relatório tem como objetivo demonstrar competências desenvolvidas para a aquisição do grau de mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, motivo pelo qual será submetido para aprovação em prova pública. Tal como referido anteriormente, o estágio final apresentou um contexto bastante favorável de aprendizagem, permitindo avaliar situações de alteração da funcionalidade, bem como formular, implementar e avaliar intervenções e os seus resultados, no sentido de maximizar o potencial funcional da pessoa, facilitando no processo de adaptação e reinserção social (O.E., 2011).

Tal como citado anteriormente, este estágio teve um foco significativo nos cuidados ao doente do foro ortopédico, nomeadamente à pessoa submetida a prótese da anca, através da implementação de um programa de reabilitação e da avaliação do seu impacto, em termos de ganhos para a pessoa.

O presente relatório está estruturado em cinco capítulos, tendo sido iniciado com uma breve introdução ao relatório e à temática em estudo.

Após esta introdução, é apresentado um enquadramento teórico, especificando a anatomia da anca, bem como, conceitos relevantes para o tema como a fratura proximal do fémur, artrose, artroplastia da anca, abordagens cirúrgicas e complicações. No que concerne ao referencial teórico, é abordada a Teoria Geral de Orem, a Teoria das Transições de Meleis e a sua importância na capacitação e reabilitação da pessoa, apresentado num segundo capítulo.

O terceiro capítulo refere-se ao projeto de reabilitação implementado, com uma descrição da metodologia utilizada, etapas do projeto, instrumentos de avaliação e considerações importantes. No quarto capítulo, são descritos os casos, apresentados os resultados obtidos e a sua análise.

O quinto capítulo, é dedicado à reflexão crítica de aquisição de competências de EEER e de Mestre. Posteriormente, o relatório terminará com a conclusão e as referências bibliográficas. Os documentos referidos ao longo do relatório, encontrar-se-ão anexados ao mesmo.

Este relatório foi redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, segue as indicações definidas no Regulamento do Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem para a sua formatação, bem como as normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª edição, para a realização das referências bibliográficas.

2. APRECIÇÃO DE CONTEXTO

O Estágio Final decorreu num hospital que está dividido em 3 unidades, estando integrado no Sistema Nacional de Saúde, que se estende ao longo dos 16 concelhos do Algarve e da sua população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode variar até 3 vezes mais na época alta de turismo. A unidade hospitalar onde decorreu o estágio está equipada com serviço de urgência, urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos polivalente, bloco operatório, bloco de partos, cirurgia de ambulatório, internamentos cirúrgicos, internamentos de medicina, entre outros, contando com um total de 666 camas destinadas a internamentos.

O Ensino clínico ocorreu no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia, onde os cuidados são prestados maioritariamente ao doente do foro ortopédico, neurocirúrgico e neurológico, integrando, no entanto, também outras especialidades quando as circunstâncias assim o impõem.

O serviço está equipado com 40 camas, dividido em 14 enfermarias de 2 e 3 camas, bem como 1 quarto com 1 cama destinada a isolamento. Duas dessas enfermarias compõem a Unidade Vertebro-Medular destinada a doentes com lesão e/ou traumatismo vertebro-medulares. Outras duas enfermarias estão destinadas a doentes em situação crítica, permitindo uma maior vigilância, através de janelas abertas para a Sala de Enfermagem. Estas quatro enfermarias, estão equipadas com monitorização cardíaca, em cada unidade.

Relativamente a recursos humanos, é um serviço dotado de uma equipa multidisciplinar composta por 1 enfermeira gestora, 30 enfermeiros, sendo que 2 são EEER, 15 auxiliares de ação médica, 1 administrativa, 1 equipa médica de Neurocirurgia, várias equipas médicas de Ortopedia, 1 Fisiatra, 2 Fisioterapeutas, 1 Terapeuta da Fala, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Dietista e 1 Assistente Social.

Os enfermeiros generalistas e auxiliares de ação médica trabalham em regime de turnos rotativos de manhã, tarde e noite.

Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, o EEER sempre que está presente, presta cuidados diferenciados exclusivos, trabalhando num clima de grande proximidade com outros profissionais da equipa multidisciplinar como médicos, terapeuta da fala e fisioterapeuta.

Na sua estrutura física, o serviço apresenta 2 casas de banho, equipadas com uma zona destinada à higiene pessoal bastante ampla, perfeitamente adaptada para pessoas com dificuldade na mobilidade e que requeiram apoio durante os cuidados de higiene. Existe ainda uma sala onde é possível acondicionar o equipamento destinado à reabilitação, nomeadamente auxiliares de marcha, degraus, bandas elásticas, bolas, entre outros. O serviço tem ainda à disposição um razoável número de cadeirões.

A nível de registos, estes ocorrem em suporte informático próprio para o efeito, fazendo um registo inicial do grau de dependência, risco de queda e risco de úlcera por pressão.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A esperança média de vida mundial tem vindo a aumentar ao longo dos anos, tal como demonstra o contraste que encontramos entre o ano 2000, em que a esperança média de vida se situava nos 66,8 anos de idade; e o ano de 2021, cuja esperança média de vida é de 73,3 anos. Além deste facto, também a esperança média de vida saudável aumentou no mesmo período de 58,3 para 63,7 anos de idade (*World Health Organization* [WHO], 2022).

Em Portugal temos vindo a observar a mesma evolução, na medida em que o rácio do número de idosos para jovens em 2019 era de 163 para 100, perspetivando-se que este número possa ultrapassar os 300 idosos por cada 100 jovens até 2080 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). No entanto, o aumento da esperança média de vida e o consequente aumento da população idosa, acarreta igualmente um aumento das comorbilidades associadas ao envelhecimento, que se traduzem no aumento do número de pessoas com maior dependência, tendo aumentado de 13% em 1961 para 35% em 2020 (INE, 2020).

O envelhecimento e a perspectiva sobre o mesmo, tem vindo a sofrer alterações desde a época de povos antigos, tais como na China onde a velhice é vista como um momento supremo da vida, em que um dos maiores símbolos de amor está centrado no cuidado dos filhos aos pais; passando pela Grécia antiga, que encarava a velhice com desdém, na medida em que a pessoa deixava de ter força e de poder apreciar os prazeres da vida, contrariamente ao culto do corpo belo e jovem que se cultivava na época; até à atualidade em que o mesmo fenómeno (envelhecimento) constitui uma preocupação intelectual e política, significando por um lado, o avanço da medicina e da tecnologia, mas por outro, a diminuição da população jovem, capaz de produzir e interferir com a economia (Mendonça et al., 2021).

Assim, no contexto do envelhecimento, há alterações que começam a ocorrer de uma forma quase impercetível, que se vão instalando na pessoa, até que surjam alterações funcionais e/ou estruturais no organismo mais significativas, normalmente traduzidas em limitações físicas. Estas constituem uma primeira barreira, que obriga a pessoa a

desenvolver estratégias e mecanismos no sentido de ultrapassar as suas dificuldades (Silva, 2011).

O envelhecimento conduz a alterações fisiológicas, que resultam em alterações da função de determinados órgãos, fazendo com que ocorram alterações estruturais e funcionais, com grande destaque no sistema músculo-esquelético e articular, onde se verifica a perda da densidade óssea, força, flexibilidade, equilíbrio, alterações posturais, entre outras. Estas alterações juntamente com a substituição da massa muscular por tecido adiposo e o desgaste das articulações, pode interferir com a marcha da pessoa, tornando-a mais instável, aumentando assim o risco de queda e, conseqüentemente, o risco de fratura (Silva, 2011).

A osteoartrose, uma doença articular responsável pela degeneração cartilaginosa e óssea, cujo principal sintoma é a dor, que ocorre com alguma frequência na pessoa mais idosa, interfere com a marcha, provocando alterações da marcha bem como, com a realização de atividades de vida diária como os cuidados de higiene pessoal, utilização do sanitário, entre outras (Gomes, 2013).

Segundo a OMS, cerca de 10% da população mundial com idade superior a 60 anos padece de osteoartrose, sendo que 80% apresenta limitação funcional, interferindo com a realização das atividades de vida diárias (Gomes, 2013).

No que concerne à realidade portuguesa, aproximadamente um terço da população sofre de uma patologia músculo-esquelética, constituindo uma das principais causas de incapacidade e absentismo laboral a curto e longo prazo, podendo resultar em reformas antecipadas, com um impacto bastante negativo na qualidade de vida do indivíduo (Gomes, 2013).

O Observatório Nacional de Doenças Reumáticas refere ainda, que estas patologias se traduzem em alterações da funcionalidade, causando dor e incapacidade, que podem resultar em disfunções orgânicas e limitações físicas. Vários estudos demonstram que a prevalência estimada doença reumática, mais especificamente a coxartrose, é de cerca de 5,5%, com maior incidência no sexo feminino (7,4%), face ao sexo masculino (2,2%) (Gomes, 2013).

A articulação da anca é uma articulação que é frequentemente acometida pela osteoartrose, resultando na coxartrose, cujo tratamento poderá passar por uma via mais conservadora ou pela via cirúrgica, quando o controlo da dor não é possível, interferindo com a qualidade de vida da pessoa. Assim, a via cirúrgica, denominada artroplastia total da anca, surge como tratamento preferencial. O implante realizado, dependendo do material utilizado, tem uma duração média de 15 anos e, após algum período de reabilitação, devolve qualidade de vida à pessoa, seja através do controlo da dor ou reconstituição de grande parte da funcionalidade e mobilidade, permitindo a realização das atividades de vida diária (Gomes, 2013).

Por se tratar de uma cirurgia agressiva, o momento pós-operatório acarreta alguns riscos como a luxação da prótese, bem como limitações a nível da capacidade de andar. Assim, a pessoa deverá ser informada dos riscos e devidas precauções a adotar, surgindo o enfermeiro de reabilitação como um profissional de referência, no que respeita a esclarecimentos e na elaboração de um plano de reabilitação junto da pessoa (Gomes, 2013).

3.1. Anatomia da anca

A pelve, ou como é por vezes chamada, o cingulo do membro inferior, é uma importante estrutura anatómica, constituída pela região sacrococcígea, ossos coxais e respetivas articulações e ligamentos. Por sua vez, o osso coxal é constituído por: ílio, ísquio e púbis, sendo que na sua região central, encontramos o acetábulo, uma cavidade articular (Pina, 2017).

O fémur, o maior osso do corpo humano, é um osso longo e par, que apresenta na porção superior uma estrutura em forma de cabeça, que articula com o coxal, tibia e patela. O fémur é constituído pelo corpo, com a forma de um prisma triangular, e duas extremidades. Na extremidade superior encontramos a cabeça do fémur e duas saliências volumosas, denominadas grande e pequeno trocânter. Entre a cabeça do fémur e os trocânteres, encontramos o colo do fémur (Pina, 2017).

A articulação da anca é, então, constituída pela articulação do acetábulo do osso coxal com a cabeça do fémur, estando estas superfícies fortemente revestidas por massa muscular, sendo considerada a articulação mais forte do corpo humano, devido às forças que suporta, sendo responsável pela nossa postura, sustentação e locomoção (Pina, 2017).

Por ser móvel, a articulação da anca, ou coxofemoral, é denominada de diartrose. É ainda chamada de articulação esferóidea, ou enartrose, por apresentar superfícies esféricas. A sua estabilidade deve-se à presença de uma cápsula articular, reforçada por vários ligamentos e músculos peri articulares (Pina, 2017).

Os ligamentos que revestem a cápsula articular são: anular, iliofemoral, pubofemoral, isquiofemoral e ligamento da cabeça do fémur (Pina, 2017).

Relativamente aos músculos que constituem a coxa, são classificados como músculos ântero-laterais, mediais e posteriores. Os músculos ântero-laterais são: o sartório, tensor da fáscia lata e quadricípite femoral. Os músculos mediais são o pectíneo, adutor longo, adutor curto, adutor magno e músculo grácil. Os músculos posteriores são o bicípite femoral, semitendinoso e semimembranoso. Há ainda outros músculos acessórios à movimentação da articulação coxofemoral, sendo eles: glúteo máximo, médio e mínimo, obturadores externo e interno, gémeos e piriforme (Pina, 2017).

Toda esta sinergia entre estruturas musculares e tendinosas da articulação coxofemoral, são de extrema importância, pois proporcionam mobilidade à articulação, bem como estabilizam todas as estruturas em redor da articulação, prevenindo assim lesões (Pina, 2017).

A articulação coxofemoral, por todas as características das estruturas acessórias, permite realizar movimentos de abdução, adução, rotação externa e interna, flexão e extensão. Pode ainda, numa combinação de alguns destes movimentos, realizar o movimento de circundação (Pina, 2017).

3.2. Artrose

O aumento da esperança média de vida da população, traz consigo o envelhecimento da população. Associado a este aumento da longevidade, surgem comorbilidades e complicações, tais como a artrose, uma degeneração das articulações, normalmente lenta e gradual, interferindo diretamente com a funcionalidade do membro, diminuindo assim a independência e a qualidade de vida da pessoa (Dias et al, 2021).

A artrose resulta de um processo degenerativo, porém, pode surgir igualmente em contexto traumático. As alterações a nível cartilágneo têm consequências a nível ósseo, mais especificamente com a formação de excrescências ósseas (Matos & Araújo, 2009).

A osteoartrose é definida pela Direção Geral da Saúde (DGS) como uma doença articular, resultante de alterações nos processos de reconstituição óssea, devido a várias lesões nas articulações, ocorrendo a destruição da cartilagem, bem como a reação do osso subcondral. Estas alterações interferem com toda a articulação, incluindo as restantes estruturas como a cápsula, sinovial, músculos e ligamentos. Assim, esta patologia, perfila-se como uma das principais causas de incapacidade que acomete a população idosa, uma vez que engloba maioritariamente outras patologias que interferem igualmente com a funcionalidade, tais como doenças que afetem a mão, joelho, coluna, entre outras (DGS, 2005).

Quanto à sua origem, as evidências sugerem que vários fatores como: a genética, distúrbios hormonais, alterações metabólicas e o envelhecimento; propiciam a osteoartrose. A utilização excessiva da articulação pode também levar ao seu desgaste. Esta sobrecarga pode ser gerada por uma lesão, trauma ou até mesmo por excesso de peso. (Natalio, 2010).

Das várias possibilidades no que concerne à etiologia da osteoartrose, além do crescente envelhecimento da população portuguesa, também a obesidade deve ser um fator sobre o qual devemos considerar atuar. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2014 mais de 50% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso, tendo aumentado em cerca de 2% desde 2004, com maior expressão na população feminina, compreendida entre os 45 e os 74 anos. Associado a este excesso de peso, as

doenças crônicas mais frequentemente verificadas foram as dores crônicas a nível lombar, cervical e artroses. Assim é possível compreender que o problema da obesidade deve ser considerado, uma vez que gera uma sobrecarga a nível da cartilagem e, tal como demonstrado pelos dados estatísticos da população, as articulações da coluna vertebral são afetadas com frequência (INE, 2014).

A osteoartrose pode manifestar-se por dor, tumefação, limitação da mobilidade e deformidade. As dores vão agravando ao longo do dia, devido ao movimento e ao esforço, melhorando significativamente com o repouso. Apesar de, normalmente, a pessoa conseguir dormir de noite, por não apresentar dor, em certas situações como a artrose da anca e do joelho, as dores podem surgir mesmo estando em repouso. A rigidez articular no início da atividade é também um sintoma comum, que alivia passado algum tempo. A limitação articular e de movimentos surge de forma precoce, sendo a deformação algo que ocorre num estado mais avançado da doença (Martins, 2019).

Face a estas limitações progressivas, é fácil compreender que a pessoa deixa de realizar determinadas tarefas como subir e descer escadas, percorre distâncias cada vez mais pequenas devido à crescente dificuldade, aumentando os tempos de repouso e a consequente perda de funcionalidade e força muscular.

A artrose da anca, ou coxartrose, é a doença cuja degeneração ocorre na articulação coxofemoral, sendo uma patologia com uma grande prevalência na população idosa, que é caracterizada por um conjunto de limitações físicas ao nível da articulação, dificultando, e impossibilitando em algumas situações, a realização de determinados movimentos, tendo como consequência o aumento da dependência de um cuidador (Martins, 2019).

Com o consequente desgaste da cartilagem da cabeça do fémur e do acetábulo, o osso fica desprovido de cartilagem, provocando o aumento da sobrecarga mecânica, enfraquecimento muscular, agravamento das queixas álgicas e diminuição da mobilidade (Martins, 2019).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de coxartrose, podem ser considerados fatores locais ou gerais. Relativamente a fatores de risco locais, podemos referir-nos à

displasia articular, uma vez que alterações no desenvolvimento levam à malformação das estruturas articulares. Podemos também considerar como fator de risco local as lesões traumáticas, uma vez que podem potencializar a artrose pós-traumática (Lespasio et al., 2018).

Relativamente aos fatores de risco gerais, falamos de fatores diretamente relacionados com o próprio indivíduo, que aumentam o risco de coxartrose. Desta forma, falamos de fatores como: idade, diretamente relacionada com o envelhecimento; o sexo, na medida em que a prevalência é maior no sexo masculino antes dos 50 anos, e maior no sexo feminino após os 50 anos; excesso de peso; profissão, sendo que uma profissão que obrigue ao manuseamento de grandes cargas, aumenta a sobrecarga sobre as articulações; e a prática de desportos de alto impacto (Lespasio et al., 2018).

Existem ainda outros fatores a considerar, que podem contribuir para a degeneração articular como: a alimentação e distúrbios metabólicos, pois a artrose pode estar relacionada com doenças do foro endócrino e metabólico, como a diabetes e a osteoporose. Estas são doenças bastante comuns na população idosa, pelo que podem contribuir de forma significativa para o aparecimento da coxartrose (Tinoco et al., 2009).

O tratamento da coxartrose vai depender de vários fatores. Começando pelo estágio de desenvolvimento da patologia, que apenas se torna possível de apurar através de estudo imagiológico, mas também considerando comorbilidades da pessoa, esperança de vida, recursos da pessoa, dor, potencial funcional, autonomia, independência e expectativas da própria pessoa (Martins, 2019).

Tendo em conta os achados clínicos e os fatores intrínsecos da pessoa, a estratégia poderá passar por uma abordagem conservadora, que consiste em recorrer a um plano alimentar para redução de peso, terapêutica anti-inflamatória ou apoio na marcha. Por outro lado, pode ser sugerida uma abordagem mais invasiva com tratamento cirúrgico. Este deve ser o último recurso, embora tenha uma elevada taxa de sucesso (Martins, 2019).

3.3. A fratura da extremidade proximal do Fémur

A fratura da extremidade proximal do Fémur é uma patologia bastante frequente na pessoa idosa, constituindo um grave problema de saúde pública. As complicações estão relacionadas com a perda da independência na mobilidade, na diminuição da funcionalidade e na diminuição da capacidade de realizar as AVD. Outra complicação grave é a taxa de mortalidade que, no primeiro ano após a fratura, na população idosa, pode atingir cerca de 26% (Silva et al, 2018).

Uma fratura pode ser definida como uma interrupção parcial ou total da continuidade óssea, normalmente com separação de um fragmento, quando o osso é sujeito a uma carga superior à que consegue absorver. São lesões que podem ser bastante graves, que podem danificar não apenas o osso, mas também os tecidos moles circundantes como: vasos sanguíneos, nervos, músculos e ligamentos. A sua caracterização pode ser feita com base na sua etiologia, mecanismo de lesão, localização, traço de fratura e quanto à anátomo-patológica (Caneira & Cabral, 2009).

Quanto à sua etiologia, a fratura pode ser: traumática, sendo a causa mais comum das fraturas, ocorrendo como consequência de um impacto violento externo ou interno; espontâneas, na sequência de um trauma ligeiro, ou até mesmo de um movimento normal; patológicas, que ocorrem com frequência em estruturas ósseas já debilitadas, pelos mais variados motivos (tumores, infeção, entre outros); e por fadiga ou sobrecarga (Caneira & Cabral, 2009).

Relativamente ao mecanismo de lesão, pode ser por traumatismo direto, quando a fratura ocorre no exato local onde ocorre o trauma, podendo haver lesões na área circundante; ou por traumatismo indireto, quando a fratura ocorre afastada do local traumatizado, sendo que a área circundante à fratura sofre poucas lesões (Caneira & Cabral, 2009).

Quanto à localização, a fratura pode ser articular, epifisária, metafisária e diafisária. No que concerne ao traço da fratura, esta pode ser: transversa, quando a linha da fratura traça um ângulo reto com o eixo do osso, que normalmente apresenta estabilidade; oblíqua, quando o traço da fratura se apresenta oblíquo relativamente ao

eixo, sendo normalmente fraturas instáveis; em espiral ou longitudinal, quando o traço da fratura faz um ângulo oblíquo, com rotação parcial dos segmentos fraturados; cominutiva, com mais do que 2 fragmentos de fratura; galho verde, mais comum em crianças, em que um lado do osso é fraturado, mas o outro é apenas dobrado; compressão; e avulsão, quando ocorre um arrancamento do fragmento ósseo por um ligamento ou tendão (Caneira & Cabral, 2009).

Em relação à classificação anátomo-patológica, as fraturas podem ainda ser classificadas quanto à sua estabilidade, podendo ser estáveis, que tendem a ter uma boa evolução com tratamento conservador, ou instáveis, necessitando geralmente de tração para a sua redução e/ou tratamento cirúrgico; quanto à extensão, sendo completas quando dividem o osso em 2 ou mais fragmentos, e incompletas; quanto à exposição, se é aberta (exposta) ou fechada; e ainda quanto ao afastamento dos fragmentos ósseos, em que pode haver ou não afastamento (Caneira & Cabral, 2009).

A fratura da extremidade proximal do fêmur é uma patologia que está bastante associada à população idosa, sendo provocada maioritariamente por traumatismo de baixo impacto e queda da própria altura (Chainça et al., 2009).

É considerada fratura proximal do fêmur, aquela que ocorre a nível do limite inferior da cabeça do fêmur. Por sua vez, a fratura distal é a fratura que ocorre 5cm abaixo do limite inferior do pequeno trocânter. Assim, as fraturas podem ser classificadas em 3 tipos: trocantéricas, que ocorrem na região limitada pela linha intertrocântérica e pelo limite distal do pequeno trocânter; do colo do fêmur, que acontecem entre a cabeça do fêmur e a região trocântérica; e subtrocântérica, do limite inferior do pequeno trocânter até aos 5 centímetros (cm). As fraturas do colo do fêmur podem ainda dividir-se em: subcapitais, transcervicais e basicervicais (DGS, 2003a).

A classificação de uma fratura é de extrema importância, uma vez que vai ser este fator que vai decidir qual o tratamento a realizar em diferentes contextos. Desta forma, utiliza-se o sistema de classificação das fraturas do colo do fêmur, mais aceite, a classificação de *Garden*. Este sistema baseia-se no grau de deslocamento, classificando as fraturas em graus I, II, sendo estas fraturas completa e incompleta respetivamente, sem

desvio; III, quando a fratura é completa com desvio parcial; e IV, quando se refere a uma fratura com desvio total em relação ao foco de fratura (Chainça et al., 2009).

Também as fraturas proximais do fêmur, podem ser divididas em 2 grandes categorias: intracapsulares, onde são incluídas as fraturas da cabeça e do colo do fêmur; e extracapsulares, onde englobamos as fraturas que ocorrem a nível do trocânter, tais como as fraturas intertrocantéricas e subtrocantéricas (Palm, 2021).

O tratamento normalmente utilizado é o cirúrgico, cujo objetivo principal vai depender das condições prévias e fisiológicas da pessoa, podendo ser o de devolver a funcionalidade que a pessoa tinha anteriormente, caso se trate de alguém autónomo e ativo previamente, ou o alívio da dor, caso se trate de alguém que já estava previamente acamado. No entanto, temos de perceber que o tratamento destas fraturas é um processo agressivo, podendo por vezes deixar limitações permanentes, pelo que é importante confrontar a pessoa com estas condicionantes (Chainça et al., 2009).

Os dois procedimentos habituais para o tratamento destas fraturas são a prótese da anca ou a osteossíntese. A prótese pode ser parcial ou total. No caso de ser feita a remoção do local onde ocorreu a fratura, com a substituição da cabeça do fêmur, estamos na presença de uma prótese parcial; se existir a necessidade de envolver a componente acetabular, estamos perante uma prótese total. No caso da osteossíntese, apenas é feita a redução dos fragmentos da fratura e fixação com material cirúrgico (Palm, 2021).

Nas fraturas da cabeça do fêmur, o tratamento mais recorrente é a osteossíntese, através de parafusos, a artroplastia total e parcial da anca (Cruz et al., 2021).

No caso das fraturas trocantéricas e subtrocantéricas, a intervenção cirúrgica mais utilizada é a fixação com placas e parafusos, como os parafusos cervico-cefálico deslizantes *Dynamic Hip Screw* (DHS) (Chainça et al., 2009).

Quando estamos na presença de uma fratura do colo do fêmur, estas são habitualmente tratadas através de fixação interna ou através da artroplastia total ou parcial (Cruz et al., 2021).

No caso da população idosa, a fratura do colo do fêmur, por estar normalmente associado à mesma causa (queda da própria altura, impacto ligeiro), acaba por ter a mesma localização e orientação. No seu tratamento, deve estabilizar-se cirurgicamente a fratura, de forma a permitir uma mobilização e aplicação de carga o mais precocemente possível (Martins & Mesquita, 2016).

As complicações que podem surgir na sequência desta patologia são bastantes, podendo estar relacionadas com a própria fratura, mas também de fatores prévios da pessoa, como antecedentes pessoais, alterações fisiológicas e também podem decorrer do próprio tratamento implementando. As mais frequentes são acidentes tromboembólicos, como consequência de períodos de imobilização no leito prolongados; úlceras por pressão, por falta de alternância de decúbitos; alterações psíquicas, frequente na população idosa, que perde a orientação espacial e temporal, confusão e prostração; e infecção respiratória, decorrente da exposição a agentes que podem infetar a pessoa de forma oportunista, devido a um sistema imunitário enfraquecido. Outras complicações podem ser observadas como a osteonecrose, por falta de vascularização na cabeça do fêmur; rigidez articular, entre outras (Chainça et al., 2009).

O tratamento destas fraturas, tal como referido anteriormente, tem como objetivo o retorno à situação de vida prévia à fratura. Assim, seja com a utilização de técnicas cirúrgicas mais ou menos agressivas, bem como, de materiais que permitem a estabilização imediata da fratura, é essencial iniciar a mobilização e o treino com carga o mais precocemente possível, para prevenir complicações como o imobilismo. No entanto, para tal acontecer, é necessário estabelecer um conjunto de procedimentos que previnam complicações e que permitam à pessoa manter uma condição física adequada. Neste sentido, é fundamental uma abordagem que envolva os vários intervenientes do processo de reabilitação da pessoa (Chainça et al., 2009).

3.4. A artroplastia da anca

A artroplastia da anca é um dos procedimentos cirúrgicos na área da ortopedia mais realizados no mundo, permitindo melhorar a função da pessoa, através do alívio da dor, diminuição da rigidez articular e no restabelecimento da função do membro inferior (Martins, 2019).

O envelhecimento da população acarreta consigo uma degradação natural de várias articulações, sendo uma delas a articulação coxofemoral. Associada a esse facto, também a dor, posturas viciosas, alterações na marcha tendem a agravar com o tempo. Assim, a artroplastia da anca surge como uma resposta às patologias que podem surgir com o agravamento de todos os fatores enunciados previamente, permitindo à pessoa recuperar a funcionalidade do membro e, conseqüentemente, alguma independência e qualidade de vida (Parente et al., 2009).

Com o avanço da medicina, atualmente existem diferentes formas de realizar uma prótese da anca, pelo que, o tipo de prótese deve ser selecionado com base na especificidade e necessidades da pessoa, no que respeita ao restabelecimento funcional da anca. Fatores como a sobrevida da prótese, abordagem cirúrgica, método de fixação da prótese, são importantes, mas torna-se também imperativo avaliar outros fatores como a qualidade de vida da pessoa, idade, peso, patologias da pessoa, entre outros (Gomes, 2014).

3.4.1. A Artroplastia total da anca

A artroplastia total da anca, constituída por um componente femoral com cabeça, colo e extremidade, está particularmente indicada em situações em que a pessoa apresenta uma patologia incapacitante da anca que interfere com a funcionalidade do membro, que origina dor e limita a realização das AVD. As próteses utilizadas apresentam um tempo de semivida de aproximadamente 20 anos (Parente et al., 2009).

Assim, este procedimento cirúrgico está recomendado em situações em que a pessoa apresente uma articulação limitada e dolorosa devido a: deformidades como consequência de osteoartrite; artrite reumatoide; necrose avascular da cabeça do fêmur; fratura do colo do fêmur, tumores na região proximal do fêmur, entre outras patologias (Parente et al., 2009).

Atualmente, a cirurgia está recomendada em qualquer indivíduo que apresente incapacidade e dor, independentemente da sua idade, pois esta cirurgia tem sido realizada nas diversas faixas etárias, apresentando sempre uma elevada taxa de sucesso, desde o jovem que apresenta um grau de disfuncionalidade e dor devido a artrite, à pessoa idosa como artrose degenerativa (*American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS]*, 2020).

A cirurgia está indicada em várias circunstâncias, no entanto, há situações que estão contraindicadas para a realização da artroplastia total da anca: sinais de infecção, inadequada massa óssea, suporte peri articular inadequado, obesidade, impossibilidade de aumentar a funcionalidade da pessoa, défices musculares acentuados, doença neurológica progressiva (Parente et al., 2009).

Para ter sucesso, a intervenção cirúrgica deve reunir um conjunto de fatores: seleção de uma pessoa que efetivamente beneficie com a cirurgia, abordagem correta e componentes protésicos escolhidos adequadamente (Serra, 2001).

Segundo Carvalho (2001), as pessoas apresentam um nível de satisfação de cerca de 98%, dois anos após a cirurgia, quando se referem ao controlo da dor e ao retorno da funcionalidade, possibilitando assim a pessoa de readquirir níveis de autonomia prévios e uma maior qualidade de vida (Parente et al., 2009).

Em 1958, John Charnley desenvolveu e concebeu vários conceitos fundamentais como biomecânica, materiais, abordagens e técnicas de fixação, tendo realizado a artroplastia da anca com um material de baixo atrito, que é utilizado ainda nos dias de hoje (Parente et al., 2009).

A artroplastia realiza-se através do seguinte procedimento: remoção da cabeça do fêmur danificado e substituição por uma haste metálica, na qual é colocada uma bola

metálica ou de cerâmica na sua ponta. Seguidamente é retirada a região danificada do acetábulo e substituída por acetábulo metálico com um espaçador que pode ser de plástico, metal ou cerâmica, permitindo uma superfície lisa e sem atrito para o deslizamento (AAOS, 2021).

Os componentes utilizados na cirurgia são vários, podendo ser: polietileno de elevada densidade, cerâmica, aço ou liga de cromo, cobalto e molibdénio. As superfícies articulares por sua vez podem ser: metal, metal-polietileno, cerâmica e cerâmica-polietileno (Leite et al., 2018).

Para a escolha do implante a utilizar, é necessário ter em conta as características ósseas da pessoa, como a sua densidade, qualidade e resistência; a atividade física, estado geral de saúde, idade, expectativa da pessoa e expectativa de vida (Parente et al., 2009).

Estes fatores são fortemente determinantes da sobrevida da prótese, bem como da qualidade de vida da pessoa, uma vez que estão diretamente dependentes da seleção da prótese mais adequada, da abordagem cirúrgica e do método utilizado na sua fixação (Gomes, 2014).

Os componentes protésicos podem ser fixados de duas formas distintas: nas próteses cimentadas, coloca-se uma camada de cimento ósseo entre o material e o osso; nas próteses não cimentadas, é realizada através de *press-fit*, sendo que a superfície da prótese é rugosa e revestida de cerâmica bioativa, como a hidroxiapatite, uma substância que estimula o crescimento ósseo e favorece a fixação do tecido ósseo à superfície (Martins, 2006).

3.4.2. A Artroplastia parcial da anca

As diferentes formas existentes de intervenção cirúrgica da anca, dependem dos médicos que as executam, da localização da fratura, do tipo de fratura, entre outros fatores (Parente et al., 2009).

A artroplastia parcial da anca, ou hemiartroplastia, como é referenciada em alguma literatura, é um tipo de prótese que apenas substitui a cabeça do fêmur. Sendo pouco frequente em situações de coxartrose, esta é uma intervenção adequada quando o acetábulo se encontra intacto. Assim, as indicações para esta cirurgia são: rigidez e deformidade osteoartrítica dolorosa em indivíduos jovens, necrose avascular da cabeça do fêmur, fratura subcapital do fêmur em pessoas idosas e doenças destrutivas da cabeça e do colo do fêmur. A artroplastia parcial da anca requer menos tempo de cirurgia, menores perdas hemáticas e menor probabilidade de luxação, face à artroplastia total da anca (Parente et al., 2009; Palm, 2021).

Existem vários tipos de prótese parcial, sendo a mais utilizada a prótese bipolar, em que é utilizado material cirúrgico constituído por: haste femoral, que é fixada com cimento na maioria das vezes; cabeça femoral, que se adapta à haste femoral; e um acetábulo metálico, revestido por polietileno, que é ajustado à cabeça femoral e ao osso do acetábulo (Ruaro, 2004).

A artroplastia parcial da anca pode ser cimentada ou não cimentada, sendo que a cimentada apresenta algumas vantagens, nomeadamente: menor incidência de dor residual e fratura periprotésica, mais mobilidade, menor dependência de dispositivos auxiliares da marcha, maior facilidade na retoma das AVD e menor taxa de erosão do acetábulo. Por sua vez, a artroplastia não cimentada apresenta como vantagens a diminuição do tempo de cirurgia, menos perdas hemáticas e menos complicações relacionadas com a colocação do cimento (Ono et al., 2010).

A artroplastia parcial da anca é um tratamento cirúrgico que permite devolver alguma funcionalidade à pessoa, sendo o tratamento de eleição em casos em que a pessoa apresenta uma fratura deslocada do fêmur, idade fisiológica avançada e sem grandes expectativas de vida (Ono et al., 2010).

Contudo, atrasar a realização do procedimento cirúrgico, contribui para o aumento da taxa de mortalidade. Assim, após a avaliação inicial e uma verificação de antecedentes pessoais relevantes tais como: insuficiência cardíaca, anemia, pneumonia, entre outras, segundo os estudos, esta deve ser realizada numa janela de 24-48 horas, diminuindo o risco de complicações (Ono et al., 2010).

3.4.3. Vias de abordagem da Artroplastia da Anca

A artroplastia da anca, sendo uma das cirurgias de substituição de uma articulação com mais sucesso em todo o mundo, tem várias abordagens cirúrgicas, que progressivamente se tem vindo a tornar cada vez menos invasivas, no sentido de diminuir o tempo de internamento e de permitir uma recuperação funcional mais rápida. Existe consenso entre os profissionais que na artroplastia da anca não interessa apenas o tamanho da incisão cirúrgica, mas também a manutenção das estruturas que circundam o local cirúrgico é de extrema importância, para manter o mais íntegro possível as inserções e consequentemente uma maior funcionalidade (Araújo et al., 2017).

As vias de abordagem cirúrgicas utilizadas para a articulação coxofemoral, dependem do local de incisão, tomando como referência a musculatura abdução e a luxação da anca. Assim, as vias utilizadas são: a via anterior, via lateral e via posterior (Parente et al., 2009).

Para a realização da abordagem por via anterior, a pessoa tem de ser posicionada em decúbito dorsal, faz-se a luxação da articulação coxofemoral anteriormente, sendo a incisão realizada anteriormente à musculatura abdução e à articulação coxofemoral. Se a abordagem realizada for lateral, quando é realizada a osteotomia do trocânter, é denominada abordagem lateral transtrocanterica, sendo esta mais comum nas cirurgias de revisão da prótese; se alguma parte ou a totalidade da musculatura glútea for desintegrada e a luxação da anca realizada anteriormente, estamos perante uma abordagem lateral direta. Na abordagem posterior, o acesso é posterior à musculatura abdução e a luxação articular ocorre também posteriormente (Araújo et al, 2017).

Se a abordagem for por via lateral ou posterior, a pessoa é posicionada em decúbito lateral. Na abordagem anterior pode ser pela via antero-lateral de *Watson-Jones* e a via anterior direta. A via antero-lateral é considerada uma das mais fisiológicas, proporcionando uma abordagem rápida da articulação, com maior preservação da musculatura, bem como um bom acesso e visualização do acetábulo e extremidade proximal do fémur. Tem a seu favor também o facto de apresentar uma taxa inferior de luxação, comparativamente a outras vias. A grande desvantagem prende-se com a diminuição da força muscular na abdução, devido à tenotomia do médio glúteo, o principal músculo abductor da coxa (Araújo, et al., 2017).

A via anterior direta, caracteriza-se por uma progressão através de um plano intermuscular e internervoso, permitindo a preservação dos tecidos moles, proporcionando vários benefícios desta abordagem como a diminuição de perdas sanguíneas, maior controlo da dor, melhor reabilitação funcional e diminuição do tempo de internamento (Costa et al., 2017).

Relativamente à abordagem por via lateral, as abordagens podem ser distinguidas pela realização ou não da osteotomia do trocânter. Assim, estas podem ser por via lateral direta, ou via lateral transtrocanterica, quando é realizada a osteotomia. Apesar de serem vias anatómicas que permitem uma boa exposição acetabular, facilitando a orientação do implante, apresentam a desvantagem de um tempo operatório mais prolongado e maiores perdas sanguíneas (Parente et al., 2009).

A abordagem posterior, a via mais conhecida e utilizada para a realização da artroplastia da anca, é uma via anatómica, em que a dissecação e exposição do tecido ósseo é feita de forma relativamente fácil e atraumática, sendo realizada num curto tempo cirúrgico, com uma excelente exposição do canal femoral e acetabular, promovendo uma recuperação rápida à pessoa. No entanto, esta via apresenta como principal desvantagem o maior risco de luxação, devido a uma maior instabilidade pós-operatória (Parente et al., 2009).

3.4.4. Complicações da Artroplastia da Anca

Apesar de apresentar elevadas taxas de sucesso, após a artroplastia da anca podem surgir algumas complicações. Apesar das complicações serem muito pouco frequentes, há fatores como as comorbilidades pré-existentes da pessoa, que podem aumentar a probabilidade de estas ocorrerem, limitando a recuperação, mantendo-a abaixo dos níveis desejados e esperados pela pessoa.

Assim, as complicações poderão ser:

- **Infeção:** pode ocorrer superficialmente na ferida operatória, durante o período pós-operatório imediato, não levando geralmente a infeções profundas na incisão; ou pode ocorrer profundamente, desenvolvendo-se ao redor da prótese e imediatamente após a cirurgia, devido a agentes externos introduzidos durante a intervenção cirúrgica. A prevenção da infeção é essencial nos cuidados a ter no pós-operatório, pois pode interferir como o tempo de internamento prolongando-o, com a funcionalidade e em alguns casos, requer a remoção do material protésico;

- **Descolamento assético,** a complicação mais frequente, ocorre maioritariamente em próteses cimentadas, traduzida pela perda de aderência entre a superfície óssea e a prótese;

- **Luxação e subluxação da prótese,** sendo esta (luxação) uma complicação bastante séria em que as superfícies articulares deixam completamente de ter contacto entre si, surgindo em sequência de algum movimento ou posicionamento fora dos limites aconselhados para a mobilização da articulação (normalmente um movimento de flexão superior a 90° ou rotação). A subluxação ocorre quando as superfícies articulares perdem parcialmente a comunicação entre si. Os sinais desta complicação são a dor súbita local que não alivia com analgesia, a sensação de ouvir um som aquando da realização do movimento que despoletou a dor, a perda da mobilidade e o encurtamento do membro intervencionado. Normalmente o membro fica em rotação e carece de exame imagiológico para confirmação da luxação;

- Lesões neurológicas periféricas, sendo as mais frequentes a nível do nervo femoral, ciático e obturador, separadamente ou em conjunto. As principais causas são: estiramento, lesão pelo metilmetacrilato, pelo calor da polimerização, circundação do nervo ou compressão direta; compressão por luxação; hemorragia intraneural, devido à utilização de anticoagulantes; traumatismo cirúrgico por laceração do ciático;
- Lesões vasculares, em que a trombose venosa profunda e a tromboembolia pulmonar se apresentam como as complicações mais graves. A pessoa deve fazer a prevenção destas complicações através da terapêutica anticoagulante, contenção e elevação do membro operado, bem como, realizar o levante e a mobilização do membro precocemente, promovendo a circulação. Este é um risco que se mantém cerca de 4 a 6 semanas após a intervenção cirúrgica, pelo que é importante todos os cuidados durante esse período;
- Ossificações peri-articulares, apesar do grau de ossificação ser bastante variável e leve na maioria dos casos por vezes, o excesso de ossificação pode gerar rigidez articular e diminuir a funcionalidade do membro;
- Fratura peri-protésica, ocorre com maior frequência em casos de próteses não cimentadas.

Os cuidados à pessoa submetida a artroplastia da anca devem seguir uma planificação, direcionada ao aumento da independência da pessoa. Assim, o profissional que presta cuidados à pessoa deve ter em consideração o controlo da dor, o restabelecimento e manutenção da função articular, prevenindo desta forma as complicações durante o tratamento (Parente et al., 2009).

3.5. A Capacitação da Pessoa/Família submetida a Artroplastia da Anca

A promoção da literacia em saúde apresenta-se como um desafio importante para a saúde pública. A literacia em saúde é definida como um conjunto de competências sociais e cognitivas, bem como, a capacidade para aceder e usufruir de conhecimentos, que permitam à população adotar bons hábitos de saúde. Esta perspetiva requer

igualmente a motivação para procurar esse conhecimento e mobilizá-lo nas situações em que se justifica. Desta forma, a pessoa torna-se um agente ativo no seu processo de saúde e doença, adotando um estilo de vida mais saudável, melhorando significativamente a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2019).

Assim, e por interferir diretamente com a qualidade de vida da pessoa e sua família, a literacia pode ter impacto a nível económico e da organização dos sistemas de saúde, uma vez que níveis baixos de literacia podem originar um elevado número de internamentos, bem como, uma utilização excessiva e indevida dos serviços de urgência. Da mesma forma, a baixa literacia, impossibilita a pessoa de tomar decisões que contribuam para a adoção de comportamentos de saúde e de prevenção da doença (Espanha, et al., 2016).

Segundo o inquérito sobre literacia em saúde, Portugal é dos países que apresenta menor grau comparativamente à média europeia, dados que são preocupantes, tendo em conta as características da população portuguesa (Arriaga et al., 2019).

A promoção de saúde vem sendo entendida como uma importante estratégia de capacitação da população, para enfrentar as suas demandas de saúde. Partindo do conceito de saúde-doença, encarando-o como um processo complexo, a estratégia de promoção de saúde considera a importância de articular os saberes técnicos com os recursos institucionais, comunitários, públicos e privados, na aquisição de qualidade de vida (Buss, et al., 2020).

Para este processo, a educação da pessoa é fundamental. Assim, acima de apenas adquirir os conhecimentos, a pessoa deverá ser capaz de desenvolver habilidades pessoais e sociais, para conseguir dar resposta às diversas situações e fazer a gestão dos seus cuidados (Buss et al., 2020).

Tendo como objetivo ajudar a pessoa a recuperar o seu bem-estar, é de extrema importância trabalhar com a família, de forma a capacitá-la para prestar o auxílio adequado à pessoa na realização das suas AVD, na resolução de problemas e na tomada de decisão, antecipando complicações (Sousa et al., 2020).

A capacitação é um processo complexo que envolve conhecimento, capacidade de decisão e atuação, baseado nos valores e saberes próprios da pessoa, que sofrem uma forte influência de fatores sociais, culturais e religiosos, podendo sofrer alterações ao longo do ciclo vital. Para capacitar alguém, é necessário deter conhecimentos nos vários domínios de atuação, que se reflete na realização das AVD, garantindo a as necessidades básicas como: comer, beber, vestir, lavar, entre outras. No que respeita a atividades instrumentais, com o objetivo de permitir a adaptação à comunidade em que nos inserimos, procuramos aprender a andar de transportes, realizar compras, gerir os pertences pessoais, entre outros. A capacidade de desenvolver todas estas atividades refletem o grau de independência, o papel na sociedade e a qualidade de vida da pessoa (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020).

A promoção da saúde e educação são dois aspetos de grande importância na atuação do enfermeiro, uma vez que é ele o profissional de excelência na gestão dos cuidados e que, devido ao tempo de contacto com a pessoa, tem as melhores oportunidades de contactar com a família, ao longo de todo o processo. Sendo possível a sua realização em qualquer local, momento ou grupo, o enfermeiro tem na sua posse os conhecimentos para determinar quais as estratégias adequadas para abordar a pessoa e família, no sentido de as capacitar para as suas necessidades (Amaro, 2019).

A pessoa submetida a artroplastia da anca, terá de passar por um processo de aprendizagem, tendo de adquirir vários conhecimentos, no sentido de prevenir complicações, tal como a luxação da prótese. Estes conhecimentos requerem a adoção de determinados comportamentos e hábitos de vida, tendo o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação um papel fundamental no desenvolvimento destas competências na pessoa e sua família, integrando-os ativamente no programa de reabilitação (Amaro, 2019; Teixeira, 2013).

Em todo este processo de aprendizagem e capacitação da pessoa, 2 conceitos apresentam-se interligados, apesar de serem distintos: autonomia e independência.

Relativamente à autonomia, podemos estabelecer como a liberdade da pessoa para realizar algo e tomar decisões no seu quotidiano, relativamente à sua vida, discernindo

através das suas faculdades mentais e cognitivas o que é ou não é favorável para a sua saúde e bem-estar (Ferreira et al., 2012).

Na perspectiva de Sequeira (2018), este mesmo conceito está relacionado com a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si próprio, responsabilizando-se pelos seus atos, adaptando-se às circunstâncias que o rodeiam. Assim, a autonomia para o autocuidado refere-se ao conjunto de capacidades e competências pessoais para realizar o autocuidado, gerindo a sua vida e a sua funcionalidade.

Para Lima et al. (2021), a autonomia engloba ainda as dimensões: biológica, social, espiritual e psicológica; que têm de correlacionar-se obrigatoriamente no momento do diagnóstico e da implementação de intervenções. O autor refere ainda que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a autonomia, uma vez que a pessoa é livre de tomar as suas próprias decisões.

Quando nos referimos a independência, falamos da capacidade da pessoa para a realização das suas AVD e do autocuidado, sem a ajuda de terceiros (Petronilho et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2002).

Para Sequeira (2018), a independência está diretamente relacionada com a possibilidade ou impossibilidade da pessoa em satisfazer as suas AVD e o autocuidado, por questões físicas, mentais e/ou cognitivas. Assim, podemos utilizar o grau de independência para definir o grau de dificuldade que a pessoa apresenta, na realização de uma determinada tarefa (Sequeira, 2018).

Apesar desta relação entre estes dois conceitos, importa salientar que estes não têm uma relação de interdependência, uma vez que uma pessoa pode ser independente, mas não ter autonomia, tal como acontece na pessoa com demência; bem como pode ser autónoma e não ser independente, como uma pessoa que fique com sequelas após uma situação grave de saúde, mas que mantenha a capacidade de tomar as suas próprias decisões (Ferreira et al., 2012)

Segundo Petronilho et al. (2010), num estudo realizado com o objetivo de perceber o impacto da incapacidade funcional no grau de dependência da pessoa após um incidente

crítico, foi possível concluir que a independência e a autonomia na realização das AVD e no autocuidado, estão diretamente ligadas à capacidade funcional da pessoa em aspectos como: equilíbrio corporal, coordenação motora, destreza manual e força muscular; exercendo influência sobre o nível de dependência.

O nível de dependência não deve ser visto como algo estático, mas dinâmico, dependendo de um meio e de um programa de intervenção adequados, promovendo uma evolução favorável, seja na modificação do grau de dependência ou na prevenção do agravamento e complicações associadas. Assim, o EEER assume um papel determinante nos cuidados à pessoa, na medida em que é um profissional diferenciado, detentor de competências específicas que permitem prevenir complicações e maximizar o potencial funcional, autonomia e independência da pessoa (Caldas, 2003; OE, 2019).

3.5.1. O Modelo de Autocuidado de Orem

Várias são as teorias existentes relativas ao autocuidado, com um papel importante para o desenvolvimento e melhoria da profissão de Enfermagem, através da promoção da autonomia no Autocuidado. De todas as teorias existentes, a que constitui o maior referencial teórico, é o Modelo de Autocuidado de *Dorothea Orem* (Santos et al., 2020).

Dorothea Orem definiu o autocuidado como as atividades que a pessoa realiza, tendo como objetivo a manutenção do seu bem-estar, cuidar de si próprio, regulando os seus aspectos vitais (Orem, 2001).

O Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem foi desenvolvido entre 1959 e 1985 e correlaciona três grandes teorias: A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a realização do autocuidado e a exigência terapêutica do mesmo. A Teoria do Défice de Autocuidado assume o papel basilar do modelo, uma vez que determina a necessidade de intervenção dos profissionais, face à incapacidade da pessoa de dar resposta às suas reais necessidades. Por sua vez, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve a prática de enfermagem como uma ação humana, pois constituem sistemas de ação produzidas pelos enfermeiros, no auxílio da pessoa que apresenta limitações (Orem, 2001; Santos et al., 2020).

Na perspectiva de Orem, todo e qualquer indivíduo sem limitações físicas e psicológicas, no seu estado são, tem a capacidade para se autocuidar, fruto da experiência adquirida ao longo da vida, sendo dessa forma denominado como Agente de Autocuidado. Quando o indivíduo por algum motivo não consegue satisfazer as suas necessidades de forma autônoma, necessitando de auxílio, estamos perante uma situação de Défice de Autocuidado, sendo denominado de Agente Dependente de Cuidados (Petronilho, 2012).

Segundo Orem, o envolvimento da pessoa na realização do seu autocuidado, baseia-se na existência de quatro fatores fundamentais: o fator cognitivo, ou seja, o conhecimento e a capacidade cognitiva para dar resposta às suas necessidades, bem como a capacidade de interpretar sinais de alteração do seu estado de saúde; físico, que se refere à capacidade física para a pessoa realizar o autocuidado; emocional ou psicossocial, em que a pessoa manifesta a sua motivação, desejo e importância para a satisfação do autocuidado; e comportamental, que reúne todas as capacidades necessárias para os comportamentos durante o autocuidado. Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro faça uma colheita e tratamento de danos adequada, formulando diagnósticos e planeando as intervenções, que vão ao encontro das necessidades da pessoa, encontrando estratégias facilitadoras do processo do autocuidado (Orem, 2001).

Quando falamos na Teoria do Autocuidado de Orem, é importante ter em consideração alguns conceitos que se relacionam obrigatoriamente com o modelo. A ação de autocuidado, cujo papel é essencial na saúde da pessoa, relaciona-se diretamente com os resultados clínicos, bem como a motivação e preocupação da pessoa em realizar as suas rotinas diárias; o défice do autocuidado, quando a pessoa não tem a capacidade de realizar o autocuidado; os comportamentos de autocuidado, que se relacionam com a realização do autocuidado, promovendo o seu bem-estar; fatores condicionantes básicos, que se referem a fatores internos e externos com capacidade para interferir com o envolvimento da pessoa no processo de autocuidado, como o sexo, maturidade, hábitos de vida, entre outros; necessidades terapêuticas de autocuidado, que reúnem as adaptações ao meio onde a pessoa está inserida, para que esta consiga realizar o autocuidado; e os requisitos de autocuidado, transversais a todas as pessoas ao longo do seu ciclo vital, entendidos como condições essenciais para a realização das suas atividades de vida diária (Orem, 2001).

A Teoria do Défice do Autocuidado, que se aplica quando a pessoa apresenta o défice do autocuidado, decorrente da necessidade de ajuda ou supervisão, na realização das atividades básicas. Esta ajuda que a pessoa requer pode ser total ou parcial, sendo que na primeira situação a pessoa não tem a capacidade de satisfação das suas necessidades, na segunda situação, a pessoa está incapaz de realizar algumas das atividades de vida. Focando a importância dos cuidados de enfermagem, esta teoria define cinco processos de atuação centrais: agir ou fazer, em que o profissional substitui a pessoa; guiar, orientar e adaptar; fornecer apoio físico e psicológico; otimizar os recursos promovendo um ambiente propício para o desenvolvimento pessoal; e ensinar e educar (Orem, 2001).

Perante o diagnóstico de um défice do autocuidado, o Enfermeiro deve centrar a pessoa dependente, bem como a sua família, nos seus cuidados, procurando minimizar o impacto que o défice de autocuidado pode ter na pessoa. Assim, Orem refere que o enfermeiro deve construir uma relação terapêutica com a pessoa e sua família/cuidador, até que os objetivos sejam alcançados. Na perspectiva de Orem, o enfermeiro deve ainda ser capaz de determinar a melhor estratégia para ajudar durante a prestação de cuidados de enfermagem, esclarecendo dúvidas, receios e outras necessidades que possam surgir ao longo do processo. O enfermeiro deve ainda, face às necessidades, articular os cuidados de enfermagem com respostas sociais existentes e outros recursos necessários (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, relaciona-se com as teorias referidas anteriormente, estabelecendo de que forma o Enfermeiro pode resolver as questões relativas ao autocuidado. Assim, o enfermeiro pode articular com a pessoa dependente num Sistema Totalmente Compensatório, em que a pessoa não tem capacidade de realizar o autocuidado de forma autónoma, sendo substituída pelo enfermeiro; Parcialmente Compensatório, quando a intervenção do enfermeiro está mais direcionada para dar apoio na realização do autocuidado, sendo ambos (pessoa e profissional) agentes ativos do processo; ou Sistema de Apoio-Educação, quando a pessoa apresenta a capacidade para realizar a ação, precisando de alguma supervisão e orientação por parte do enfermeiro (Orem, 2001, Petronilho, 2012).

Tendo em conta estes pressupostos teóricos, bem como o impacto que a incapacidade de satisfazer as necessidades de vida diárias pode ter para a pessoa e seus

familiares/cuidadores, é fundamental que a atuação do enfermeiro assente numa base teórica, que sustente a sua intervenção e adaptação aos diferentes contextos, sendo que, aplicando as teorias do autocuidado, o enfermeiro assegura que as intervenções estão direcionadas aos défices de autocuidado existentes, tendo como objetivo uma maior independência da pessoa e melhoria na sua qualidade de vida (Santos et al., 2017).

3.5.2. A Teoria das transições de Meleis

Ao longo do desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, esta tem vindo a dar uma grande importância ao papel do enfermeiro enquanto agente de transição, uma vez que é ele o profissional de excelência que está envolvido no processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com a saúde e doença da pessoa (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições foi desenvolvida por Afaf Meleis, uma Enfermeira, que decidiu estudar o planeamento familiar e os processos envolvidos no mesmo, baseando-se nas intervenções que poderiam ser facilitadoras do processo de transição, em pessoas que não o conseguissem fazer de forma saudável. Assim, em 1985, conjuntamente com a Norma Chick, definiu a transição como um conceito fundamental para a prática de Enfermagem, tornando-se desde então, na teórica de referência no que concerne ao desenvolvimento deste conceito (Alligood, 2021).

Para Meleis, a transição é um processo fundamental e nuclear para a prática da enfermagem, uma vez o enfermeiro lida diariamente com pessoas em plenos processos de transição de saúde/doença. A observação dos vários processos de transição foi o que lhe permitiu formular e desenvolver a sua teoria, na medida em que, na sua análise, entende que os vários acontecimentos de saúde da pessoa, desencadeiam mudanças na pessoa, nas suas famílias e até mesmo na perceção que a pessoa tem de si própria, face a uma condição de saúde prévia (Meleis, 2010).

O conceito de transição é definido como a passagem de uma determinada condição, estado ou fase de vida, para outra. Este é um processo do foro psicológico que envolve uma adaptação da pessoa a uma nova circunstância, de forma a incorporar essa

mudança como algo pertencente a si própria. No fundo trata-se de um processo de reorganização interior, cuja complexidade é elevada, em que a pessoa aprende algo sobre si, adaptando-se a novas circunstâncias, tendo em conta que podem ocorrer várias transições em simultâneo (Meleis et al., 2000).

Para Meleis, durante o processo de transição, é necessário que ocorra uma rutura para que a mesma aconteça, ou seja, deve haver um corte nos laços que conectam a pessoa ao mundo como ela o conhece. Esta rutura constitui o término de ideias pré-existentes, que influenciam a perceção de conceitos como a satisfação e o bem-estar da pessoa (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Meleis engloba: natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado); e terapêuticas de enfermagem. A teoria é considerada de médio alcance, que aborda determinados conceitos e fenómenos da prática de enfermagem (Meleis et al., 2000).

As transições podem ser de várias naturezas: desenvolvimentais, referentes a alterações que ocorrem ao longo do ciclo vital; situacionais, em que ocorrem mudanças de papéis desempenhados; saúde/doença, quando a pessoa transita de um estado saudável prévio para um estado de doença; e organizacionais, relativas a mudanças ambientais, políticas, sociais, económicas e intraorganizacionais) (Meleis, et al., 2000).

Relativamente aos padrões, as transições podem ser consideradas: simples, quando acontece apenas uma única transição, ou múltiplas; sequenciais, quando ocorrem em intervalos de tempo diferenciados, ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. As transições podem ser consideradas como padrões de complexidade e multiplicidade por não serem autónomas, nem exclusivas. Além do carácter complexo e multidimensional, há ainda outros fatores que podem interferir de forma direta ou indireta com o processo de transição como: o empenho, consciência, atitude face à mudança, entre outros. A consciencialização e a perceção de um processo de transição, são fundamentais para a pessoa iniciar o processo, pois esta só poderá envolver-se ativamente, após ganhar

a consciência das alterações emocionais, físicas, ambientais e sociais (Meleis, et al., 2000).

Todo e qualquer processo de transição gera uma mudança pelo que, para a compreender é essencial identificar os seus efeitos e o que significam, devendo estes ser estudados quanto à sua natureza, gravidade, temporalidade e expectativas da pessoa. A mudança pode estar relacionada com acontecimentos mais ou menos graves, que podem despoletar alterações na perceção, identificação, relação, rotinas, entre outros (Meleis, et al., 2000).

Cada pessoa entende as mudanças de forma diferente, podendo ou não a realidade coincidir com as suas expectativas. Desta forma, os eventos podem ser mais ou menos críticos, conforme o acontecimento e a preparação prévia da pessoa. Alguns exemplos de eventos críticos são: o nascimento, a morte, diagnóstico de doença, entre outros pelo que, cada ponto crítico vai exigir do profissional de saúde alguma capacidade para responder às necessidades da pessoa, compreendendo de que forma poderá afetar o autocuidado da pessoa. Para tal, deverá ainda o profissional de saúde conhecer alguns condicionantes da pessoa que está a experienciar uma transição como: características da pessoa, da comunidade e sociais, devido ao facto de estas poderem inibir ou potenciar um processo de transição saudável (Meleis, et al., 2000).

Assim, podemos definir uma transição como saudável pelos padrões de resposta da pessoa durante o processo de transição, indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis, et al., 2000).

Os indicadores de processo permitem compreender se a pessoa envolvida num processo de transição apresenta bons níveis de saúde e bem-estar, ou se pelo contrário, se encontra numa situação de fragilidade e em risco. Por sua vez, os indicadores de processo englobam: o sentir-se ligado (grupos de apoio, família, amigos, profissionais de saúde); a interação (pessoas na mesma situação, família, amigos, profissionais de saúde) no sentido de compreender e ajustar os comportamentos de resposta à transição; o estar situado (no espaço, tempo e relações) permitindo à pessoa romper com o seu passado possibilitando-a de encarar as novas demandas; e o desenvolver a confiança e estratégias de *coping*, manifestados pela utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para

lidar com as situações. Os indicadores de resultado relacionam-se com o domínio de novas competências, que permitam encarar com sucesso a transição. Tanto os indicadores de processo como os indicadores de resultado, são indicadores de um processo de Transição saudável (Meleis, et al., 2000).

Ao longo da sua vida, a pessoa e sua família/cuidador podem ser sujeitos a inúmeros processos de transição, tendo mais ou menos impacto nas suas vidas, obrigando-os a reorganizar os seus papéis. Assim, cabe ao EEER cumprir o papel de agente da mudança, promovendo um processo de transição saudável e eficaz, utilizando as suas competências para diagnosticar, planejar, implementar, monitorizar e avaliar programas de reeducação funcional nas suas várias vertentes, capacitando a pessoa a satisfazer o seu autocuidado (Matos & Simões, 2020).

3.6. A Reabilitação da Pessoa submetida a Artroplastia da Anca

Os principais objetivos da Reabilitação são: melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação pessoal, salvaguardando a autoestima. Nesse sentido, são necessário determinados conhecimentos e procedimentos, que permitam prestar cuidados à pessoa em situação de doença aguda, crónica e com sequelas, estimulando o máximo da funcionalidade e independência da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

Desta forma, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o profissional deve ser capaz de conceber, implementar e monitorizar intervenções de enfermagem específicas, no sentido de atuar sobre os problemas reais e potenciais da pessoa. O EEER deve atuar a nível da promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, de forma a estimular o maior potencial funcional da pessoa. Para tal, uma intervenção precoce é essencial, diagnosticando e promovendo o aparecimento de complicações, de modo a prevenir situações de dependência na satisfação das atividades de vida, sendo estes os grandes objetivos do EEER. Na sua atuação, o EEER mobiliza conhecimentos e utiliza técnicas e procedimentos específicos de enfermagem de reabilitação, envolvendo a pessoa e família/cuidador nos cuidados, tendo em vista uma continuidade do programa de reabilitação no domicílio, de forma a possibilitar a inclusão da pessoa na sociedade,

salvaguardando a sua participação ativa no dia-a-dia, aumentando a sua qualidade de vida (Regulamento nº 392/2019).

Após a cirurgia da artroplastia da anca, a pessoa demorará alguns meses até regressar à vida que tinha previamente. O período de internamento poderá variar entre 5 e 6 dias, implicando que, no momento da alta, a pessoa ainda poderá apresentar um grau de dependência significativo. Assim, para que seja dada continuidade aos cuidados implementados, o EEER deve identificar precocemente as dúvidas e as necessidades da pessoa, envolvendo a pessoa e família/cuidador no planeamento das intervenções a implementar (Martins & Fernandes, 2009).

No momento da alta, tendo em conta que a pessoa não estará ainda na plenitude da sua recuperação, é essencial que o EEER envolva a família, bem como, faça a ponte entre a pessoa e os recursos existentes na comunidade, de forma a facilitar a reinserção da pessoa na comunidade, de forma ativa, com a maior independência possível (Martins & Mesquita, 2016).

Assim, um planeamento adequado e antecipado relativamente ao regresso a casa, diminui significativamente as complicações devido à situação de doença, permitindo antever as mesmas e planear estratégias, adequar conhecimentos e treinar, de modo a promover a adaptação da pessoa e sua família às suas reais necessidades, permitindo um regresso a casa em maior segurança (Paniagua et al., 2018).

A transição do hospital para a comunidade ou domicílio, para ocorrer de forma segura, terá de ter a salvaguarda da continuidade dos cuidados e a qualidade dos mesmos, contribuindo para uma redução de custos, constituindo uma estratégia adequada, a ser valorizada pelos serviços de saúde. É durante o internamento que deve ocorrer o planeamento de uma alta segura, planeando e implementando intervenções direcionadas às reais necessidades da pessoa, que deverão ser mantidas após a alta, de forma a promover a adaptação da pessoa e família à sua nova condição de saúde/doença, com a maior qualidade de vida possível (Baixinho et al., 2021).

O EEER constitui um dos elementos principais no processo de reabilitação e equipa multidisciplinar, pois além de ter as competências específicas à sua

implementação, é também o profissional que de mais oportunidades dispõe, devido ao tempo que passa com a pessoa, para realizar avaliações, permitindo perceber qual o grau de dependência durante todo o internamento até ao momento da alta. Desta forma, o EEER consegue aferir qual o seu potencial de reabilitação, quais as necessidades de apoio da pessoa, quais as suas capacidades e qual a disponibilidade financeira e de tempo das famílias, para poder fazer o devido acompanhamento no processo de reabilitação após a alta hospitalar (Martins & Mesquita, 2016). Desta forma, é imputada ao enfermeiro, a responsabilidade de assegurar que a pessoa e sua família/cuidador têm alta do hospital devidamente preparados para encarar os novos desafios, promovendo uma comunicação adequada entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no programa de reabilitação, a pessoa, família, cuidadores e os serviços de saúde de apoio (Paniagua et al., 2018).

A artroplastia da anca é utilizada como tratamento no alívio da dor, degeneração articular, entre outros, no entanto, requer um período relativamente prolongado de reabilitação, até ser restabelecida a força, funcionalidade e qualidade da marcha. Nesse sentido, os cuidados do EEER são essenciais nos períodos pré e pós-operatório, promovendo a independência e a recuperação das funções perdidas, de modo a possibilitar a pessoa a realizar as suas AVD. O programa de reabilitação deve ser direcionado às necessidades da pessoa, não sendo um processo estanque, ou seja, deve ser passível de sofrer alterações à medida que os défices e dificuldades justifiquem (Tinoco et al., 2009).

3.6.1. A Intervenção de Reabilitação no Pré-Operatório

A continuidade dos cuidados de saúde é um fator de grande importância, que contribui bastante para a qualidade nos cuidados prestados à pessoa. Assim, é preciso ter em consideração que a pessoa é sensível à perda da continuidade de cuidados, uma vez que estes são essenciais para o desenvolvimento das competências necessárias à pessoa, para esta manter os cuidados. Desta forma, deve ser criado um programa direcionado para a reabilitação da pessoa e capacitação da pessoa e família/cuidador, de modo a estarem preparados para o regresso a casa. A realização de uma consulta pré-operatória, em conjunto com a pessoa e a família, é um ótimo ponto de partida para a promoção do seu

envolvimento, compreensão e adesão ao programa de reabilitação (Pina & Baixinho, 2020).

Para a elaboração de um programa de reabilitação, é necessário realizar uma avaliação da pessoa, do ponto de vista funcional, bem como, dos seus antecedentes pessoais, de forma a construir uma estratégia, para perceber qual o grau de funcionalidade, dependência, atividade, suporte familiar, condições domiciliárias, entre outros dados relevantes, prévios à cirurgia (DGS, 2003a).

Um programa de reabilitação deverá ter como objetivos: manutenção ou aumento de força muscular, recuperação das amplitudes articulares, estabilização da articulação coxofemoral, recuperação da marcha, recuperação da autonomia e independência, através da readaptação às novas circunstâncias na realização das AVD (Araújo et al., 2017).

Assim, a intervenção do EEER no período pré-operatório, deve focar-se essencialmente na educação da pessoa, fornecendo informações, tirando dúvidas relativamente ao procedimento cirúrgico e ao que vai experienciar ao longo do seu internamento, aliviando dessa forma alguma ansiedade relacionada com o desconhecido, que a pessoa certamente terá. Este primeiro contacto é de extrema importância para a adesão terapêutica da pessoa (Parente et al., 2009).

No período pré-operatório, destacam-se algumas intervenções de enfermagem para preparar a pessoa: informações relacionadas à intervenção cirúrgica; acompanhamento até ao bloco operatório; e informações sobre o pós-operatório imediato, como a possível presença de uma sonda vesical, drenagem por vácuo, penso operatório, entre outros. Há também intervenções realizadas no pré-operatório imediato como: informar sobre a pausa alimentar após as 00:00h; avaliar parâmetros vitais; administrar terapêutica pré-anestésica; cuidados de higiene; tricotomia; remoção de adornos, entre outros que se justifiquem (Parente et al., 2009).

Deve igualmente ser dada a informação de como vai decorrer o programa de reabilitação, em que consiste e a sua importância, bem como, devem ser exemplificados alguns exercícios que estão recomendados, e ainda alguns dispositivos que possam ser

necessários, como o auxiliar de marcha, tanto durante o internamento, como após a alta (Parente et al., 2009).

O programa de reabilitação implementado deverá incorporar exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM). Relativamente à RFR, os exercícios deverão englobar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal e tosse dirigida/assistida. Estes devem ser demonstrados e treinados se a pessoa apresentar algum indício de patologia cardio-respiratória, prévia ou decorrente da intervenção cirúrgica, mantendo a permeabilização das vias aéreas e melhorando o desempenho da musculatura acessória à respiração (Isaías et al., 2012).

No que concerne à RFM, esta terá como principais objetivos o fortalecimento muscular, a mobilização articular, prevenção de luxação, treino de verticalização e marcha, treino de AVD e inclusivamente, analgesia local. Para a sua realização, recorreremos a exercícios de isometria como: contração abdominal, dos glúteos e quadríceps. Também utilizamos exercícios isotónicos como: extensão/flexão até 90° da articulação coxofemoral, com a respetiva extensão/flexão do joelho; abdução e adução com o membro em extensão, não ultrapassando a linha média do corpo; dorsiflexão e flexão plantar e elevação pélvica (Parente et al., 2009).

A pessoa irá apresentar alterações a nível da força, que podem estender-se até 2 anos após a cirurgia, devido à atrofia da musculatura periarticular da anca. Assim, a pessoa deverá realizar exercícios de fortalecimento muscular de forma progressiva, tendo início no pós-operatório imediato com trabalho isométrico de flexores (psoas, ilíaco, costureiro, reto anterior, e tensor da fáscia lata), como outros grupos musculares como o médio nadegueiro, devido ao seu papel de estabilizador da bacia durante a marcha (Parente et al., 2009).

Devem também ser incorporados no programa de reabilitação ensinamentos e realização de exercícios sobre a mobilização articular, respeitando sempre o potencial e as queixas da pessoa, bem como devem ser respeitados os limites de amplitude de articulações, prevenindo a luxação da prótese. A mobilização de ser dirigida à limitação da flexão da anca. A recuperação da extensão é realizada com exercícios de mobilização passiva no

leito (realizadas pelo profissional), com a posição em decúbito dorsal. Devem ser ainda focados ensinamentos no levantar e deitar na cama, transferir, reeducação da marcha, treino de AVD, subir e descer escadas, entrar e sair do carro. Ao longo dos ensinamentos, devem ser referidos alguns materiais de apoio existentes como alteadores de sanita, auxiliares de marcha, entre outros (Parente et al., 2009).

O ensino pré-operatório apresenta benefícios do ponto de vista físico e psicológico para a pessoa submetida a artroplastia da anca, tendo uma importante contribuição para a pessoa e para a sua adesão ao programa de reabilitação, fazendo a pessoa compreender o seu papel nuclear na sua recuperação, diminuindo a angústia e a ansiedade, aumentando a sua autoconfiança (Amaro, 2019).

3.6.2. A Intervenção de Reabilitação no Pós-Operatório

Os principais objetivos do programa de reabilitação no período pós-operatório, é o da maximização do estado funcional, tendo em vista a mobilidade e a independência da pessoa na realização das AVD, preparando a pessoa e família/cuidador para o regresso a casa (Tinoco et al., 2009).

No pós-operatório imediato da artroplastia da anca, devem ser implementadas as intervenções que já haviam sido realizadas no pré-operatório, bem como, o controlo da dor, edema, levante, treino de AVD e treino de marcha. Deve também ser feita a mobilização precoce do membro intervencionado (Parente et al., 2009).

Nesta fase, a pessoa atravessa um período de elevada dependência, que requer uma adaptação. Assim, é necessário reforçar a restrição de alguns movimentos, que podem originar a luxação da prótese da anca, devendo o EEER certificar-se que a pessoa incorporou esses cuidados na sua vida diária. Os movimentos que a pessoa deve evitar são: flexão da anca num ângulo superior a 90°, adução da anca além da linha média, movimentos de rotação interna da anca, inclinação para a frente e para o lado na posição de sentado, elevação do joelho acima do nível da anca e cruzar as pernas (Parente et al., 2009).

Nos primeiros dias no período pós-operatório, a prioridade deverá passar pelo controlo da dor, através de analgesia, quer pela crioterapia, prevenindo também o edema. Também deve ser feita a mobilização precoce do membro, com mobilização passiva de acordo com a tolerância da pessoa, progredindo para mobilizações ativas-assistidas progressivamente. Devem ser ainda realizados exercícios isométricos e isotónicos de baixa intensidade (Parente et al., 2009).

No sentido de prevenir complicações relacionadas ao imobilismo, a pessoa deve ser incentivada ao autocuidado, treinando o equilíbrio, a transferência, levante, treino de marcha, treino de AVD; assim que a pessoa tolere, o EEER avalie a capacidade da pessoa o fazer e não haja contra-indicação médica. (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na maioria dos casos, não existem restrições à mobilização da anca, ou carga durante a marcha. Aquando do levante, há que ter em consideração o lado pelo qual se faz o levante (não sendo fundamental), pois segundo vários autores o levante deverá ser efetuado pelo lado operado, por estar mais próximo da borda da cama, com maior facilidade em mantê-lo em extensão. Outros autores defendem que o levante deve ser realizado pelo lado contrário, para permitir ao membro não operado auxiliar o corpo no esforço de se chegar para a beira da cama (Cunha, 2008; DGS, 2003a; Sousa & Carvalho, 2017).

Assim que a pessoa conseguir colocar-se novamente na posição de sentado, poderá iniciar o treino de transferência e de reeducação da marcha, utilizando um auxiliar de marcha adequado à situação da pessoa. Consoante o seu potencial, a pessoa deverá iniciar pelo andador, progredindo para canadianas, caso esteja adaptada. É necessário ter em consideração que os próprios dispositivos auxiliares de marcha, precisam de ser adaptados à altura da pessoa, alinhamento corporal, técnica da pessoa, entre outros fatores, adequando assim à situação específica da pessoa (Cunha, 2008).

O programa de treino das AVD deverá preparar a pessoa para a sua reintegração na vida social, familiar e profissional, prevenindo comportamentos de risco de luxação da prótese. Assim, a pessoa deverá aprender a sentar-se em cadeiras com uma altura adequada, respeitando o ângulo máximo de flexão de 90°, a utilizar uma sanita adaptada às suas limitações e aprender a entrar e sair do carro, posicionar-se no leito, mobilizar-se

no leito, levantar-se e sentar-se, transferir-se, subir e descer escadas, bem como, outras atividades que a pessoa realize no seu dia-a-dia e tenha dúvidas (Parente et al., 2009).

O programa de reabilitação é de extrema importância para a pessoa e família, devendo estes ter uma participação ativa, influenciando a retoma de uma vida autónoma, independente e com qualidade (Parente et al., 2009).

3.7. O Autocuidado Transferir

A artroplastia da anca, juntamente com outros fatores, provoca uma alteração significativa da mobilidade, afetando especificamente a capacidade da pessoa se transferir. Devido a isso, aumenta a probabilidade de ocorrerem complicações devido ao imobilismo como: perda de massa muscular (mais acentuada nos membros inferiores), perda de equilíbrio estático e dinâmico, comprometendo a funcionalidade do membro (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Tendo em conta que a pessoa precisa de se adaptar a uma nova realidade, a capacidade de fazer esta transição está diretamente ligada à capacidade da pessoa a realizar, sendo assim importante o papel do EEER na capacitação da pessoa para lidar com a sua nova situação de vida, através da mudança de comportamentos, novos conhecimentos, entre outros, prevenindo a incapacidade funcional (Guerreiro & Fernandes, 2019).

É precisamente sobre esta incapacidade funcional que é preciso atuar, pelo elevado risco de imobilidade da pessoa e todas as suas consequências negativas, podendo acabar por causar a disfunção completa do membro e, conseqüentemente, diminuição da autonomia e da qualidade de vida da pessoa. Assim, e percebendo que a questão da mobilidade é importante para o grau de autonomia da pessoa, o EEER recorre ao conceito de autocuidado e aos princípios que integram a Teoria Geral dos Sistemas de Orem (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Para Orem, cada indivíduo tem a capacidade de satisfazer o seu autocuidado estando, no entanto, suscetível a deixar de o conseguir fazer, fruto de uma situação de

doença, ou outro fator. Assim, a enfermagem deve assegurar a manutenção deste mesmo autocuidado, auxiliando ou até mesmo substituindo a pessoa. A dependência da pessoa no autocuidado é o foco da enfermagem de reabilitação, uma vez que este interfere diretamente com a qualidade de vida da pessoa (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Sendo o capacitar, o processo de transmitir o conhecimento à pessoa para tomar a decisão, ter o conhecimento e realizar algo, podemos dizer que o EEER promove a capacidade saber como realizar atividades de vida básicas como: comer, beber, entre outras; bem como, atividades de vida instrumentais como: usar o telefone, cozinhar, entre outras, que promovem uma maior integração na comunidade. A capacidade de realizar estas atividades, define a autonomia e independência da pessoa (Guerreiro & Fernandes, 2019).

O autocuidado transferir-se, permite à pessoa deslocar-se de um sítio para outro, como por exemplo da cama para o cadeirão, devendo ser o mais precoce possível, prevenindo assim as complicações decorrentes do imobilismo, incentivando ao autocuidado e ao treino de marcha (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Apesar da sua grande importância, a mobilidade não é percebida como um foco prioritário por parte dos enfermeiros, quando comparado com outros focos de intervenção, o que pode comprometer a autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida (Cruz et al., 2017).

Segundo Hopkins et al., 2016, vários estudos mostram que um plano de reabilitação com foco na mobilidade da pessoa é importante e seguro, contribuindo para melhorias significativas da pessoa, diminuição do período de internamento, maior capacidade para o autocuidado e maior autonomia, sendo que, a capacitação para o autocuidado transferir-se particularmente, melhora a força muscular, aumenta a funcionalidade e promove uma maior equilíbrio na posição de sentado e de pé (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Assim, um plano de cuidados orientado para o treino do autocuidado transferir-se, integra intervenções e exercícios direcionado para os problemas funcionais da pessoa, que devem ser individuais, indo ao encontro das necessidades reais da pessoa. Devem ser

feitos exercícios de: manutenção e reforço muscular, restabelecimento de amplitudes articulares, coordenação motora, controlo neuromuscular, equilíbrio, alinhamento corporal e resistência ao esforço físico (Guerreiro & Fernandes, 2019).

Ao incidir no autocuidado transferir-se, o EEER está a contribuir significativamente para a prevenção de complicações relacionadas a longos períodos de imobilismo, bem como, para a promoção de uma maior autonomia e qualidade de vida da pessoa (Guerreiro & Fernandes, 2019).

3.8. A Preparação para a Alta

A reabilitação da pessoa contribui para a transição em segurança para o domicílio, tanto para a pessoa, como a família. Por este motivo, o EEER deverá perceber o nível de independência da pessoa aquando da alta, para se assegurar que esta consegue realizar as suas AVD de forma segura, nomeadamente: marcha em piso plano, escadas, sentar, levantar e deitar, transferir, cuidados de higiene e conforto, incorporando conhecimentos e conceitos, que capacitem a pessoa e família a tomar decisões em segurança, de forma a dar continuidade ao programa iniciado durante o internamento.

Para tal, uma avaliação das condições socioeconómicas e dos recursos da comunidade, é de extrema importância no momento da alta, pois poderá haver a necessidade de recorrer a esses meios, de forma a manter o programa de reabilitação e a pessoa recuperar o máximo da sua autonomia (DGS, 2003a).

Sempre que possível, a avaliação das condições em que a pessoa terá alta, deverá ser feita numa consulta pré-operatório, realizada pelo EEER, permitindo adaptar o programa e as intervenções à realidade da pessoa, facilitando assim o seu processo de regresso a casa e referenciando a pessoa para os recursos, conforme a necessidade da pessoa (Parente et al., 2009).

Tendo em conta as limitações à mobilidade impostas pela artroplastia da anca, o EEER deve ter em consideração o impacto do ambiente para a pessoa. As barreiras arquitetónicas que podem existir interna e externamente à habitação da pessoa, requerem

que a pessoa utilize estratégias para as ultrapassar, por esse motivo, o programa de reabilitação deve ter em consideração estas dificuldades e capacitar a pessoa a ultrapassá-las (Pereira et al., 2018).

O sucesso do regresso a casa será tanto maior, quanto a pessoa e família forem considerados elementos fundamentais na reabilitação. Desta forma, o EEER deve investir no envolvimento da família e/ou cuidador, desde o momento pré-cirúrgico (Parente et al., 2009).

Assim sendo, o programa de reabilitação inicia-se na consulta pré-operatória, devendo manter-se mesmo após a alta hospitalar. Nesse sentido o EEER deverá várias recomendações, relativamente a cuidados a ter no domicílio, de forma a criar um ambiente mais seguro e a prevenir complicações:

- Realizar marcha com canadianas durante 3 meses;
- Deve iniciar carga progressiva a partir do primeiro mês;
- Não realizar rotações bruscas para o lado intervencionado;
- Não realizar a flexão da perna operada a mais de 90º;
- Dormir com uma almofada entre as pernas pelo menos ao longo de 8 meses;
- Não cruzar as pernas;
- Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas muito baixas;
- Manter os exercícios realizados no internamento durante, pelo menos, 6 meses;
- Não sobrecarregar a anca (Parente et al., 2009).

A pessoa e família/cuidador, devem ser ensinados relativamente a sinais de eventuais complicações que podem ocorrer no domicílio, como a luxação da prótese, infeção da ferida cirúrgica, devendo recorrer aos cuidados de saúde à disposição, caso se verifique o encurtamento do membro, ou outros sinais inflamatórios como perdas hemáticas, cheiro fétido e intenso, entre outros. Outro assunto que deve também ser abordado, é relativamente à atividade sexual, reforçando que existem limitações nas amplitudes de determinados movimentos e posicionamentos, que devem ser respeitados (Parente et al., 2009).

A condução automóvel poderá ser retomada a partir das 8 semanas após a intervenção cirúrgica, sendo necessário o cuidado de fazer elevação do banco com recurso a almofadas, respeitando o movimento correto de entrada e saída do veículo. No entanto, a pessoa deverá ter consciência que a condução constitui um risco acrescido de complicações (Parente et al., 2009).

Relativamente à prática de desporto, estão fortemente desaconselhados desportos de alto impacto como o basquetebol, ténis, entre outros, devendo a pessoa ser encorajada a procurar alternativas de baixo impacto como a natação e o golfe (Parente et al., 2009).

A alta deverá ocorrer após a certificação de que a pessoa e família compreenderam os ensinamentos, devendo o profissional disponibilizar-se para o esclarecimento de dúvidas. Deverá ainda ser entregue suporte informativo como folhetos, contendo informações pertinentes relacionadas com o plano de ensinamentos da pessoa, bem como, o contacto telefónico do serviço, caso apresente dúvidas (Parente et al., 2009).

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

No sentido de concretizar os objetivos definidos para a unidade curricular Estágio Final, foi elaborado um projeto de intervenção cujo tema é: Impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia de Prótese da Anca. Este projeto foi implementado no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia do CHUA Faro, ao longo de 16 semanas, no período entre 13 de setembro e 14 de janeiro.

O objetivo geral consiste em:

- Avaliar o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a Prótese da Anca.

Os objetivos específicos consistem em:

- Desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovam a independência funcional na pessoa submetida a cirurgia de prótese da anca;
- Identificar os ganhos decorrentes das intervenções desenvolvidas.

No sentido de providenciar cuidados que fossem ao encontro do objetivo do programa, foi efetuada uma tabela com uma proposta de intervenções de Enfermagem de Reabilitação a desenvolver na pessoa submetida a cirurgia de Prótese da Anca, no período pré-operatório, apresentada no Quadro nº1.

Quadro nº 1 – Proposta de intervenções à pessoa submetida a prótese da anca no período pré-operatório.

Intervenção no Pré-operatório
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa/família relativamente a rotinas do serviço;
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa/família relativamente ao procedimento cirúrgico, cuidados a ter, fornecer material de apoio e esclarecer eventuais dúvidas;
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da função cognitiva, aplicando a <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE);
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do potencial funcional e de reabilitação da pessoa, aplicando as seguintes escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Grau de dependência na satisfação das AVD – Índice de <i>Barthel</i>; • Força Muscular – escala de avaliação de força muscular de <i>Lower</i>; • Dor – Escala numérica da dor;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reeducação funcional respiratória: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar em posição de relaxamento; • Instruir/treinar a pessoa a controlar a respiração com dissociação dos tempos respiratórios; • Instruir/treinar a pessoa a realizar inspiração nasal e expiração com lábios semicerrados; • Instruir/treinar respiração abdominodiafragmática; <ul style="list-style-type: none"> ○ Incentivar à inspiração com espirómetro; ○ Incentivar à realização dos exercícios ao longo do dia; ○ Elogiar a pessoa.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reeducação funcional motora: <ul style="list-style-type: none"> • Instruir/treinar a pessoa na realização de exercícios isométricos, contraindo os quadricíptes, abdómen e glúteos (2-3 séries de 10 repetições, mantendo a contração durante 5 segundos);

- Instruir/treinar a pessoa na realização de mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro são;
- Incentivar à realização de exercícios ao longo do dia;
- Elogiar a pessoa.

(Parente et al., 2009).

Por sua vez, também foram sistematizadas as intervenções de enfermagem de Reabilitação no período pós-operatório, como demonstra o Quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Proposta de intervenções à pessoa submetida a prótese da anca no período pós-operatório.

Intervenção no Pós-operatório
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do potencial funcional e de reabilitação da pessoa, aplicando as seguintes escalas (1º levante, dia de alta): • Grau de dependência na satisfação das AVD – Índice de <i>Barthel</i>; • Força Muscular – escala de avaliação de força muscular de <i>Lower</i>; • Dor – Escala numérica da dor; • Risco de Queda – Escala de <i>Morse</i> • Equilíbrio – Escala de equilíbrio simples.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar crioterapia ao longo do dia em pequenos períodos (20 minutos);
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reeducação funcional respiratória: • Instruir/treinar a pessoa a controlar a respiração com dissociação dos tempos respiratórios; • Instruir/treinar a pessoa a realizar inspiração nasal e expiração com lábios semicerrados; • Instruir/treinar respiração abdominodiafragmática; • Incentivar à inspiração com espirómetro; • Incentivar à realização de exercícios ao longo do dia; • Elogiar a pessoa.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar técnicas de mobilização no leito, reforçando a importância da prevenção de movimentos luxantes;

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reeducação funcional motora: • Instruir/treinar a pessoa na realização de exercícios isométricos, contraindo os quadricíptes, abdômen e glúteos (2-3 séries de 10 repetições, mantendo a contração durante 5 segundos); • Instruir/treinar a pessoa na realização de mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro sã; • Realização de mobilizações ativas assistidas/resistidas de todos os segmentos articulares do membro operado, conforme tolerância da pessoa: <ul style="list-style-type: none"> • Flexão (máximo 90°) e extensão da articulação coxofemoral; • Flexão e extensão da articulação do joelho; • Abdução e adução (no máximo até à linha média do corpo) da articulação coxofemoral; • Dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica; • Extensão e flexão das articulações dos dedos dos pés; • Elogiar a pessoa.
<ul style="list-style-type: none"> • Treinar/instruir o levante de acordo com indicação médica;
<ul style="list-style-type: none"> • Treinar/instruir a transferência da cama para o cadeirão e vice-versa;
<ul style="list-style-type: none"> • Treinar/instruir a marcha com auxiliar de marcha andarilho e canadianas progressivamente;

(Parente et al., 2009).

4.1. Metodologia

O estudo aqui apresentado é classificado como um estudo descritivo, pois foi feita uma observação direta de um determinado comportamento no seu meio natural, bem como uma descrição da mesma. A metodologia implementada foi a de estudo de caso, uma vez que este método permite, de forma estruturada, aprofundar com maior detalhe um determinado fenómeno de um indivíduo ou grupo. O estudo de caso, sendo um método com características específicas, requer que o investigador defina criteriosamente um desenho de investigação, onde deverá descrever os procedimentos, bem como ter em conta os pontos fortes e limitações do seu estudo. Este é um método regularmente

utilizado num contexto educacional, no sentido de abordar uma problemática, aproximando a teoria à prática. (Britto & Marcon, 2019; Andrade et al, 2017).

Os estudos de caso podem incidir sobre um caso único ou em casos múltiplos, sendo que, o estudo optou por vários casos, de forma a permitir a introdução do elemento comparativo entre casos, aumentando significativamente a confiabilidade dos resultados produzidos (Carneiro, 2018).

Assim, na realização deste estudo de casos múltiplos, foram seguidas as seguintes etapas: Etapa 1 – desenho do projeto (Quadro nº 3), Etapa 2 – recolha e análise dos dados colhidos, Etapa 3 – discussão dos resultados obtidos (Silva & Mercês, 2018).

Quadro nº 3 – Elementos da Etapa 1 – desenho do projeto

Questão de partida	Qual o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no doente submetido a cirurgia de Prótese da Anca?
Construto teórico	Um Programa de Enfermagem de Reabilitação contribui para a independência funcional.
Unidades de análise	Pessoa submetida a cirurgia de Prótese da Anca
Vinculação dos dados	Análise dos dados colhidos

(Silva & Mercês, 2018).

Na elaboração da etapa 1, foi definido o objetivo do estudo, bem como a técnica/s de recolha de dados e os instrumentos de avaliação a utilizar ao longo do mesmo. Assim, com a formulação da seguinte pergunta de pesquisa: “Qual o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia de Prótese da Anca?”, as escalas utilizadas foram a MMSE, Índice de *Barthel*, Escala de avaliação de Força Muscular de *Lower*, Escala numérica de avaliação da Dor, Escala de Risco de Queda de *Morse* e a Escala de Equilíbrio Simples.

A colheita de dados sociodemográficos, habitacionais, dados de saúde como: antecedentes pessoais de saúde, medicação habitual, dispositivos médicos; foi realizada através de uma entrevista informal e acedendo ao processo clínico individual da pessoa.

Para a etapa 2, foi realizada uma colheita de dados relativo a cada um dos quatro participantes do estudo, com elaboração de um relatório individual.

A etapa 3, corresponde à análise dos dados recolhidos e observados em cada um dos casos, cruzando e confrontando os resultados dos diferentes casos (Silva & Mercês, 2018).

Como focos de enfermagem, foram definidos os seguintes: capacidade de desenvolver as atividades de vida diárias, força muscular, dor e equilíbrio, com recurso a instrumentos de avaliação adequados.

4.1.1. Seleção dos participantes

Os participantes no estudo foram selecionados com base em critérios previamente definidos. Assim, os critérios para integrar o estudo foram os seguintes: ser submetido a artroplastia total/parcial da anca, disponibilidade para participar no programa de reabilitação e capacidade para adquirir conhecimentos.

A amostra foi constituída por quatro participantes. O número de participantes foi fortemente condicionado pelas circunstâncias atípicas do serviço, face ao período de pandemia.

A cada pessoa que integrou o programa, foi explicado o contexto puramente académico, bem como o propósito do mesmo, tendo a pessoa o poder de decisão pela não aceitação, sem prejudicar de forma alguma a sua reabilitação.

A verificação da possibilidade de seleção da pessoa para o estudo foi feita no momento da admissão, através de uma avaliação da função cognitiva com recurso à escala MMSE.

4.1.2. Colheita de dados

Os instrumentos utilizados para a avaliação de uma determinada função e, por sua vez, para colheita de dados, devem ser válidos e ter uma fiabilidade para a função em estudo, devendo ter sensibilidade suficiente a alterações clínicas significativas (Sousa et al., 2017).

Para recolha de dados neste estudo foram usadas as escalas MMSE, Índice de *Barthel*, Escala de avaliação de força de *Lower*, Escala de Risco de Queda de *Morse* e escala de Equilíbrio Simples. Foi ainda utilizada a entrevista informal e o processo clínico individual da pessoa.

O MMSE é um questionário que tem como objetivo detetar alterações da função cognitiva, que é de extrema importância para a compreensão dos ensinamentos feitos à pessoa. Este está dividido em duas partes. A primeira parte refere-se à orientação, memória e concentração, somando vinte e um pontos. A segunda parte avalia a capacidade de nomeação, compreensão e de reprodução de indicações orais e escritas. No seu conjunto a pontuação é de trinta pontos (Cochrane, 2016).

Assim, o instrumento é constituído por várias questões, que englobam seis domínios da cognição: orientação (temporal/espacial), retenção (repetição de três palavras), atenção e cálculo (realização de subtrações), evocação (repetição das três palavras repetidas previamente), linguagem (constituída por cinco perguntas: nomeação, repetição de uma frase, reprodução de indicação oral, reprodução de indicação escrita, escrita). A última questão é a de habilidade construtiva, na qual a pessoa deverá fazer uma cópia de um desenho específico apresentado (dois pentágonos sobrepostos, com interseção em dois dos lados) (Kurlowicz & Wallace, 1999)

Na avaliação da MMSE nos participantes do estudo, foram considerados os valores de referência de Morgado et al., 2009 citados em Santana et al, 2016, relativamente ao nível literário dos sujeitos: 0 a 2 anos – igual ou superior a 22 pontos, 3 a 6 anos – igual ou superior 24 pontos, superior ou igual a 7 anos – igual ou superior a 27 pontos.

Relativamente ao grau de autonomia na satisfação das AVD, o instrumento utilizado foi o Índice de *Barthel*, que avalia a capacidade da pessoa em realizar as seguintes atividades: alimentar-se, banho, higiene pessoal, vestir-se, evacuar, urinar, uso de sanitário, transferência cama/cadeira, mobilidade (deambulação), escadas. Esta é uma escala constituída por dez itens, cuja pontuação varia entre 0-100, sendo que quanto mais alta for a pontuação, menor o grau de dependência da pessoa (Apóstolo, 2012).

Para avaliação da força muscular, foi utilizada a Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*, cuja pontuação varia entre 0 e 5, sendo que 0 corresponde à ausência de contração muscular; 1 - existe contração visível e/ou palpável, sem movimento; 2 – movimenta as extremidades, mas não contra gravidade; 3 – vence a gravidade com o movimento, mas não vence resistência; 4 – movimento que vence a gravidade e alguma resistência; 5 – movimento normal contra a gravidade e resistência (Nabais, 2014).

A utilização deste instrumento é de grande importância, pois torna possível determinar a força ao longo dos segmentos articulares da pessoa, de forma a planear os exercícios mais adequados (Nabais, 2014).

A avaliação do equilíbrio foi feita com recurso a uma Escala Simples de Equilíbrio, com a qual é possível observar o equilíbrio da pessoa na posição de sentado de forma estática ou dinâmica, sendo que é solicitado à pessoa que alcance um objeto, movimente um determinado segmento corporal, ou algo que obrigue a algum movimento; e na pessoa posição ortostática estática ou dinâmica (marcha com ou sem auxiliar de marcha).

É também importante ter presente o risco de queda, promovendo uma maior qualidade dos cuidados e prevenindo complicações. Assim, foi utilizada a escala de risco de queda de *Morse* (Sabino, 2018).

A dor, sendo um fator determinante para a realização das intervenções foi também um parâmetro monitorizado através da escala numérica da dor. Esta consiste numa escala de 0 – 10, sendo 0 correspondente à ausência de dor, progressivamente até à pontuação 10, que corresponde à dor máxima alguma vez sentida (DGS, 2003b).

Foi ainda realizada uma colheita de dados como: idade, sexo, estado civil, condição habitacional, estrutura familiar/cuidador, habilitações literárias, situação profissional, intervenção cirúrgica, antecedentes pessoais médicos relevantes e parâmetros vitais.

As avaliações foram realizadas em diferentes períodos: admissão, dia do levante após a intervenção cirúrgica, data da alta.

4.1.3. Tratamento de dados

Os dados recolhidos são apresentados na forma de frequências relativas e absolutas.

4.1.4. Considerações éticas

Cada integrante do estudo foi identificado com um número, de forma a não constar nenhum elemento identificativo da pessoa.

Previamente ao início do estudo, bem como ao longo do mesmo, foram fornecidos informação e contexto do mesmo. Durante o período de implementação do projeto, foram também realizados esclarecimentos sobre as intervenções a realizar. Por se tratar de um estudo com fins académicos apenas, foi obtido apenas consentimento verbal. Foram ainda informados (os participantes) da possibilidade de abandonar o projeto a qualquer momento.

A privacidade da pessoa foi mantida ao longo de todo o projeto, através da confidencialidade dos dados recolhidos.

4.2. Resultados

Durante o estágio, os participantes que integraram o estudo, foram sujeitos a um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, direcionado às suas necessidades. O programa foi aplicado no mínimo 3 vezes por semana. O grupo é composto por apenas quatro pessoas, uma vez que, devido a circunstâncias especiais em contexto pandémico, a organização do serviço gerou uma presença inferior à normalidade de doentes em contexto ortopédico, bem como uma presença superior de doentes do contexto neurocirúrgico, levando a que um número reduzido de pessoas correspondesse ao perfil.

Por serem considerados momentos chave, as avaliações foram feitas na admissão, no dia do primeiro levante e na data da alta.

No Quadro nº 4 é apresentada a caracterização sociodemográfica e a avaliação do estado mental dos quatro casos, identificados com C1, C2, C3 e C4. De seguida serão apresentados os resultados obtidos em cada um dos casos.

Quadro nº 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra e MMSE

Participantes	C1	C2	C3	C4
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	69	66	75	76
Estado Civil	Casado	Divorciada	Casada	Casada
Escolaridade	6º ano	12º ano	4ª classe	4ª classe
Situação Profissional	Reformado	Comerciante	Reformada	Reformada
Contexto Familiar	Esposa	Filha e Neta	Marido	Marido e Filha
MMSE	28	30	27	27

Através da análise aos dados conseguimos caracterizar a amostra de várias formas. O grupo é constituído maioritariamente por elementos do sexo feminino, 75%, com uma média de idade de 71,5.

Relativamente ao contexto familiar, 75% dos participantes são casados, sendo 25% divorciada.

O nível de escolaridade do grupo é de 50% com 4ª classe, 25% com 6º ano de escolaridade e 25% com 12º ano.

De realçar, que 25% dos participantes mantem uma atividade laboral, estando os restantes 75% reformados.

Em termos de coabitação, 100% da amostra partilha a sua residência com familiares, pelo que, apresentam esse fator facilitador no retorno a casa.

Estudo de caso 1 (C1)

Pessoa caucasiana do sexo masculino de 69 anos, com 95 kg e 1,66m de altura, com índice de massa corporal (IMC) – 34,5 Kg/m². Reformado, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (HTA) e hipercolesterolemia, ex-fumador. Desconhece alergias medicamentosas e alimentares. Previamente independente nas atividades de vida diária, vive com a esposa, em prédio com elevador num apartamento T3 sem escadas no interior e, segundo o próprio, não apresenta barreiras arquitetónicas como: carpetes e fios ao nível dos membros inferiores ao longo das divisões. Tem como medicação habitual: Irbesartan 150 mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg e Sinvastatina 20mg.

Internado no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia para cirurgia eletiva artroplastia total da anca, por coxartrose direita. No momento da admissão encontrava-se calmo, consciente e orientado em todas as dimensões, sem qualquer défice cognitivo, com uma avaliação de 28 na MMSE. Pele e mucosas coradas e hidratadas, anictérico e acianótico. Abdómen com timpanismo normal, mole, depressível e indolor à palpação. Eupneico em ar ambiente, avaliado através de oximetria periférica com valor de 97%, com padrão respiratório torácico e regular, frequência respiratória de 16 ciclos por minuto (cpm), pressão arterial (PA) – 159/91 mm/Hg, frequência cardíaca (FC) – 93 batimentos por minuto (bpm), 36,7°C de temperatura axilar e dor avaliada em 4 na escala numérica (EN) da dor.

Relativamente à força muscular, estava mantida em todos os segmentos articulares com uma avaliação de 5/5 através da Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*, exceto no membro inferior direito, que apresentava uma força de 4/5.

Deambula com auxiliar de marcha canadiana, apresentando risco de queda baixo, com um *score* de 40 segundo a Escala de Quedas de *Morse*.

Relativamente ao grau de dependência, foi avaliado com dependência moderada no autocuidado com *score* 70, através da avaliação com índice de *Barthel*.

No internamento tinha prescrita a seguinte medicação: Enoxaparina sódica 40mg, Captopril 5mg, Sinvastatina 10mg, Bromazepam 3mg, Bisacodilo 10mg, Pantoprazol 40mg e Paracetamol 1000mg.

Por concordar com a inclusão no programa de reabilitação, a intervenção deu início pelo fornecimento de informações relativamente à intervenção cirúrgica que iria realizar (Prótese total da anca), bem como os cuidados a ter no pós-operatório. Seguidamente, foram realizados os exercícios de RFR e RFM, que se encontram no Quadro nº 1.

No dia seguinte à admissão a pessoa foi submetida à cirurgia, que decorreu sem intercorrências, tendo regressado à enfermaria nesse mesmo dia. No dia seguinte, por não apresentar perdas hemáticas visíveis através do penso, ou outras vias, por aparentemente manter as mucosas coradas e hidratadas, valor analíticos sem alterações significativas, bem como uma dor controlada, foram realizados exercícios de RFR e RFM que se encontram no Quadro nº 2, tendo em consideração as amplitudes toleradas pela pessoa.

Após a realização dos exercícios, foram colocadas meias compressivas em ambos os membros, e realizado o 1º levante de forma progressiva e consequente transferência para um cadeirão.

A pessoa foi sempre bastante colaborante e participativa, correspondendo da melhor forma sempre que solicitado, demonstrando interesse. A alta ocorreu ao 7º dia de internamento.

O Quadro nº 5 seguidamente apresentado, contem os parâmetros avaliados no dia da admissão, 1º levante e dia da alta, de forma a demonstrar os ganhos obtidos com o programa de reabilitação.

Analisando o quadro, foi visível o aumento do risco de queda, pelo que foram reforçados os ensinamentos relativamente a um ambiente doméstico mais seguro, nomeadamente através da minimização de obstáculos que aumentem o risco de queda como: tapetes, fios, mobiliário, entre outros, bem como a utilização de calçado antiderrapante e fechado (Gomes et al., 2019).

Quadro nº 5 – Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C1.

Avaliação	Admissão	1º Levante	Alta
Índice de <i>Barthel</i>	70	35	80
Escala de Força de <i>Lower</i> (membro operado)	4/5	2/5	4/5
Escala de <i>Morse</i>	40	70	40
EN da Dor	5	2	0
Equilíbrio estático	Sentado e em Ortostatismo	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Equilíbrio dinâmico	Sentado e em Ortostatismo	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Distância percorrida em metros (m)	20m com canadiana	2m com andarilho	20m com canadianas

No momento da alta, a pessoa foi para o seu domicílio, onde teria como cuidadora a esposa, que ao longo do processo demonstrou interesse em dar continuidade ao programa de reabilitação. Os cuidados de pensos seriam articulados com o centro de saúde de referência.

A análise do Quadro nº 5 permite-nos constatar que aquando da alta, a pessoa apresenta um menor grau de dependência na realização das AVD, ou seja, uma autonomia ainda maior, fruto de um maior controlo da dor, bem como, devido ao programa implementado pelo EEER durante o internamento.

Relativamente à força no membro intervencionado, no momento da alta, conseguiu recuperar a força que tinha no momento da admissão.

A dor foi também um parâmetro que melhorou significativamente passando de 5 para 0.

O equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico, foi restabelecido após a cirurgia, diminuindo o risco de queda que havia subido após a cirurgia, bem como a distância percorrida com os auxiliares de marcha. Por uma questão de maior segurança, a pessoa optou por iniciar marcha com duas canadianas em vez de uma, que utilizava no momento da admissão.

Os ensinamentos relativamente à RFR e RFM foram apreendidos, bem como a mobilização no leito, levante e transferência do leito para o cadeirão (e vice-versa) em segurança, tendo sempre em consideração determinados movimentos que poderão originar luxação da prótese da anca. Realizou ainda treino de escadas com sucesso, uma vez que no seu domicílio encontrará este obstáculo para alcançar o elevador.

Estudo de caso 2 (C2)

Pessoa caucasiana do sexo feminino de 66 anos, com 65 kg e 1,60m de altura, com IMC – 25,4 Kg/m². Desempenha funções de comerciante numa mercearia, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, enfarto agudo do miocárdio em 2012, arritmia e hipercolesterolemia. Desconhece alergias medicamentosas e alimentares.

Previamente independente nas atividades de vida diária, vive com a filha e uma neta, em casa térrea, sem escadas no interior e, segundo a própria, sem barreiras arquitetónicas, ou outras barreiras de decoração ou mobiliário. Tem como medicação habitual: Bisoprolol 2,5mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg, Ramipril 2,5mg e Rosuvastatina 10mg + Ezetimiba 10mg.

Internada no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia por queda da própria altura. No momento da admissão encontrava-se calma, consciente e orientada, sem qualquer défice

cognitivo, com uma avaliação de 30 na MMSE. Pele e mucosas coradas e hidratadas, anictérica e acianótica. Abdómen mole, depressível, com timpanismo normal e indolor à palpação. Eupneica em ar ambiente, avaliado através de oximetria periférica com valor de 98%, com padrão respiratório torácico e regular, frequência respiratória de 15 cpm, PA – 147/83 mm/Hg, FC – 73 bpm, 36°C de temperatura axilar e dor avaliada em 6 na EN da dor.

Relativamente à força muscular estava mantida em todos os segmentos articulares com uma avaliação de 5/5 através da Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*, exceto no membro inferior direito, que apresentava uma força de 3/5. Não apresenta um risco de queda, com um *score* de 60 segundo a Escala de Queda de *Morse*.

Relativamente ao grau de dependência, foi avaliado com dependência grave no autocuidado com score 30, através da avaliação com índice de *Barthel*.

No internamento tinha prescrita a seguinte medicação: Enoxaparina sódica 40mg, Bisoprolol 2,5mg; Ramipril 2,5mg; Bromazepam 3mg; Bisacodilo 10mg; Pantoprazol 40mg; Tenoxicam 20mg e Paracetamol 1000mg.

Por concordar com o programa de reabilitação, foram seguidas as intervenções que se encontram descritas no Quadro nº 1.

A pessoa foi submetida a artroplastia parcial da anca direita 2 dias após a admissão, tendo decorrido sem intercorrências.

No dia seguinte à cirurgia, por não apresentar contraindicação, e por aparentemente manter as mucosas coradas e hidratadas, valor analíticos sem alterações, bem como uma dor controlada, foram realizados exercícios de RFR e RFM que se encontram no Quadro nº 2, tendo em consideração a tolerância da pessoa.

Após a realização dos exercícios, foram colocadas meias compressivas em ambos os membros, e realizado o 1º levante progressivamente e conseqüente transferência para um cadeirão, ainda que por um curto período.

A pessoa foi colaborante, precisando por vezes de algum incentivo. A alta ocorreu ao 7º dia de internamento

O Quadro nº 6 seguidamente apresentado, contem os parâmetros avaliados no dia da admissão, 1º levante e dia da alta, mostrando os ganhos obtidos com o programa de reabilitação.

Analisando o quadro, foi visível um aumento do risco de queda esperado, pois no momento da admissão a pessoa encontrava-se confinada ao leito por ter um mecanismo de tração cutânea no membro. No entanto, foram reforçados ensinamentos relativamente a um ambiente seguro e à prevenção de quedas no domicílio (Gomes et al., 2019).

Quadro nº 6 – Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C2

Avaliação	Admissão	1º Levante	Alta
Índice de <i>Barthel</i>	30	25	60
Escala de Força de <i>Lower</i> (membro operado)	3/5	2/5	4/5
Escala de <i>Morse</i>	60	60	50
EN da Dor	6	4	0
Equilíbrio estático	Não avaliado	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Equilíbrio dinâmico	Não avaliado	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Distância percorrida em metros (m)	Não avaliado	1m com andarilho	25m com andarilho

No momento da alta, a pessoa foi para o domicílio, onde teria o apoio da filha maioritariamente, que ao longo do processo se demonstrou disponível a adquirir alguns conhecimentos.

A análise do Quadro nº 6 permite-nos observar que aquando da alta, a pessoa apresenta uma maior autonomia na realização das AVD face ao dia da admissão, como resultado do programa implementado pelo EEER durante o internamento.

Relativamente à força no membro intervencionado, no momento da alta, conseguiu melhorar a força que tinha no momento da admissão e no dia após a cirurgia.

A dor foi igualmente um parâmetro que melhorou, passando de 6 para 0.

O equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico, foi verificado após a cirurgia após o levante e alguns dias da implementação do programa de reabilitação.

O risco de queda aumentou relativamente à admissão, apesar de ser um risco baixo.

A marcha foi possível através de andarilho, o que contribuiu um aumento significativo da autonomia. A pessoa não se adaptou à utilização das canadianas por receio da queda, pelo que manteve o auxiliar de marcha andarilho.

Os exercícios de RFR, RFM, mobilização no leito, levante e transferência do leito para o cadeirão (e vice-versa) em segurança, tendo sempre em consideração determinados movimentos que poderão originar luxação da prótese da anca, foram demonstrados pela pessoa de forma autónoma antes do momento da alta, demonstrando a aquisição dos conhecimentos. O treino de escadas não foi possível de realizar, tendo em conta as restrições em que se encontrava o serviço no momento do internamento da pessoa.

Estudo de caso 3 (C3)

Pessoa caucasiana do sexo feminino de 75 anos, com 69 kg e 1,50m de altura, com índice IMC – 30,7 Kg/m². Reformada, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, acidente vascular cerebral em 2003 sem sequelas, hipercolesterolemia, depressão, aterosclerose e estenose da artéria carótida. Desconhece alergias a fármacos e alimentos.

Previamente independente nas atividades de vida diária, vive com esposo, em casa térrea, sem escadas no interior ou barreiras estruturais e decorativas. Tem como

medicação habitual: Metoprolol 100mg, Amlodipina 10mg, Fluoxetina 20mg, Atorvastatina 10mg e Quetiapina 50mg.

Internada no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia por queda da própria altura. No momento da admissão encontrava-se calma, consciente e orientada, sem qualquer déficit cognitivo, com uma avaliação de 27 na MMSE. Pele e mucosas coradas e hidratadas, anictérica e acianótica. Abdômen mole, depressível, com timpanismo normal e indolor à palpação. Eupneica em ar ambiente, avaliado através de oximetria periférica com valor de 96%, com padrão respiratório torácico e regular, frequência respiratória de 14 cpm, PA – 149/74 mm/Hg, FC – 68 bpm, 35°,9C de temperatura axilar e dor avaliada em 5 na EN da dor.

Relativamente à força muscular estava ligeiramente diminuída (4/5) no membro são (membro inferior direito) e mantida nos restantes segmentos articulares com uma avaliação de 5/5 através da Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*, exceto no membro inferior esquerdo, que apresentava uma força de 2/5.

Não apresenta um risco de queda, com um *score* de 65 segundo a Escala de Queda de *Morse*.

Relativamente ao grau de dependência, foi avaliado com dependência grave no autocuidado com *score* 30, utilizando o índice de *Barthel*.

No internamento tinha prescrita a seguinte medicação: Enoxaparina sódica 40mg; Metoprolol 100mg; Amlodipina 10mg; Bromazepam 1,5mg; Atorvastatina 10mg; Pantoprazol 40mg; Fluoxetina 20mg; Paracetamol 1000mg; Metamizol Magnésico 2000mg e Quetiapina 50mg.

Após concordar com o programa de reabilitação, foram seguidas as intervenções que se encontram descritas no Quadro nº 1.

A pessoa foi submetida a artroplastia parcial da anca 3 dias após a admissão, tendo decorrido sem intercorrências.

No dia seguinte à cirurgia, por não apresentar contraindicação, e por aparentemente manter as mucosas coradas e hidratadas, valor analíticos sem alterações, bem como uma dor controlada, foram realizados exercícios de RFR e RFM que se encontram no Quadro nº 2.

Após a realização dos exercícios e a colocação de meias compressivas em ambos os membros, foi realizado o 1º levante, marcha com andarilho e transferência para cadeirão.

A pessoa foi sempre muito interessada e participativa no processo. A alta ocorreu 5 dias após a intervenção cirúrgica.

O Quadro nº 7 seguidamente apresentado, contem os parâmetros avaliados no dia da admissão, 1º levante e dia da alta, mostrando os ganhos obtidos com o programa de reabilitação.

Analisando o quadro, foi visível um aumento do risco de queda esperado, pois no momento da admissão a pessoa encontrava-se confinada ao leito, com um mecanismo de tração cutânea de 3kg no membro inferior esquerdo. Foram reforçados ensinamentos relativamente a um ambiente seguro e à prevenção de quedas no domicílio (Gomes et al., 2019).

Quadro nº 7 – Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta de C3.

Avaliação	Admissão	1º Levante	Alta
Índice de <i>Barthel</i>	30	25	70
Escala de Força de <i>Lower</i> (membro operado)	2/5	3/5	4/5
Escala de <i>Morse</i>	65	65	40
EN da Dor	6	3	0
Equilíbrio estático	Não avaliado	Sentado e em ortostatismo	Sentado e em Ortostatismo
Equilíbrio dinâmico	Não avaliado	Sentado	Sentado e em Ortostatismo

Distância percorrida em metros (m)	Não avaliado	4m com andarilho	30m com andarilho
------------------------------------	--------------	------------------	-------------------

No momento da alta, a pessoa foi para o domicílio, onde teria o apoio do esposo.

A análise ao Quadro nº 7 permite-nos observar que aquando da alta, a pessoa apresenta uma maior autonomia na realização das AVD face ao dia da admissão, como resultado do programa implementado pelo EEER durante o internamento.

Relativamente à força no membro intervencionado, no momento da alta, conseguiu melhorar a força que tinha no momento da admissão e no dia após a cirurgia.

A dor foi igualmente um parâmetro que melhorou.

O equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico, foi verificado após a cirurgia após o levante e alguns dias da implementação do programa de reabilitação.

O risco de queda aumentou relativamente à admissão, apesar de ser um risco baixo.

A marcha foi possível através de andarilho, o que contribuiu um aumento significativo da autonomia. A pessoa adaptou-se bastante bem ao auxiliar de marcha andarilho, tendo necessidade de ser alertada para as suas limitações decorrentes da intervenção cirúrgica, pelo que teria de executar muito bem a técnica de marcha.

Os exercícios de RFR, RFM, mobilização no leito, levante e transferência do leito para o cadeirão (e vice-versa) em segurança, tendo sempre em consideração determinados movimentos que poderão originar luxação da prótese da anca, foram demonstrados pela pessoa de forma autónoma antes do momento da alta, demonstrando a aquisição dos conhecimentos. O treino de escadas não foi possível de realizar, tendo em conta as restrições do serviço.

Estudo de caso 4 (C4)

Pessoa caucasiana do sexo feminino de 76 anos, com 54 kg e 1,40m de altura, com IMC – 27,6 Kg/m². Reformada, com antecedentes pessoais de HTA, Diabetes *Mellitus* tipo 2, acidente vascular cerebral em 2008 sem sequelas e hipercolesterolemia. Desconhece alergias medicamentosas e alimentares.

Previamente independente nas atividades de vida diária, vive com esposo e filha, em casa térrea, sem escadas no interior e, segundo a própria, sem barreiras arquitetônicas ou outras barreiras. Tem como medicação habitual: Perindopril 5mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg, Sinvastatina 10mg, Pregabalina 75mg e Linagliptina 5mg.

Internada no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia por queda da própria altura. No momento da admissão encontrava-se calma, consciente e orientada, sem qualquer déficit cognitivo, com uma avaliação de 27 na MMSE. Pele e mucosas coradas e hidratadas, anictérica e acianótica. Abdômen mole, depressível, com timpanismo normal e indolor à palpação. Eupneica em ar ambiente, avaliado através de oximetria periférica com valor de 96%, com padrão respiratório torácico e regular, frequência respiratória de 17 cpm, PA – 136/63 mm/Hg, FC – 81 bpm, 36°C de temperatura axilar e dor avaliada em 6 na EN da dor.

Relativamente à força muscular estava mantida em todos os segmentos articulares com uma avaliação de 5/5 através da Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*, exceto no membro inferior direito, que apresentava uma força de 3/5.

Não apresenta um risco de queda, com um score de 60 segundo a Escala de Queda de *Morse*.

Relativamente ao grau de dependência, foi avaliado com dependência grave no autocuidado com score 30, através da avaliação com índice de *Barthel*.

No internamento tinha prescrita a seguinte medicação: Enoxaparina sódica 40mg, Perindopril 5mg, Captopril 25mg, Metamizol Magnésico 2000mg, Insulina Humana, Pantoprazol 40mg, Atorvastatina 10mg, Pregabalina 75mg, Paracetamol 1000mg, Tramadol 100mg, Metoclopramida 10mg, Insulina Glargina e Ciprofloxacina 500mg.

Após uma exposição do programa de reabilitação e da sua importância, com o aval da pessoa, foram seguidas as intervenções que se encontram descritas no Quadro nº 1.

A pessoa foi submetida a artroplastia total da anca 5 dias após a admissão, tendo decorrido sem intercorrências.

No dia seguinte à cirurgia, não foi possível realizar o primeiro levante, por não ter a dor controlada, tendo sido realizados apenas exercícios de RFR e RFM que se encontram no Quadro nº 2, tendo em consideração a tolerância da pessoa.

Após a realização dos exercícios, foi possível colocar a pessoa na situação de sentado. O 1º levante foi apenas possível 3 dias após a intervenção cirúrgica. Ocorreu de forma progressiva, não sendo possível o treino de marcha.

A pessoa foi colaborante, precisando por vezes de algum incentivo. A alta ocorreu ao 12º dia de internamento

O Quadro nº 8 seguidamente apresentado, contem os parâmetros avaliados no dia da admissão, 1º levante e dia da alta, mostrando os ganhos obtidos com o programa de reabilitação.

Analisando o quadro, foi visível um aumento do risco de queda, tendo sido reforçados ensinamentos relativamente a um ambiente seguro e à prevenção de quedas no domicílio (Gomes et al., 2019).

Quadro nº 8 – Avaliação comparativa entre dia da admissão, 1º levante e alta.

Avaliação	Admissão	1º Levante	Alta
Índice de <i>Barthel</i>	30	25	55
Escala de Força de Lower (membro operado)	3/5	2/5	4/5
Escala de <i>Morse</i>	60	60	40
EN da Dor	7	3	2

Equilíbrio estático	Não avaliado	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Equilíbrio dinâmico	Não avaliado	Sentado	Sentado e em Ortostatismo
Distância percorrida em metros (m)	Não avaliado	Não avaliado	15 m com andarião

No momento da alta, a pessoa foi para o domicílio, onde teria o apoio do esposo, que ao se demonstrou disponível a adquirir alguns conhecimentos, ao longo do internamento.

A análise do Quadro nº 8 permite-nos observar que aquando da alta, a pessoa apresenta uma maior autonomia na realização das AVD face ao dia da admissão, como resultado do programa implementado pelo EEER durante o internamento, apesar de ser de todos os participantes do estudo a pessoa que menos autonomia apresenta. O facto de o levante ter acontecido mais tardiamente, terá contribuído para uma maior dificuldade em realizar as intervenções do programa de reabilitação, tendo como consequência um tempo maior de internamento. O tamanho da amostra, apesar de pouco significativo, permite-nos aferir que, quanto mais precocemente for realizado o levante, maior o benefício para a pessoa traduzido em menor probabilidade de perda de força, maior autonomia e menos tempo de internamento.

Relativamente à força no membro intervencionado, no momento da alta, conseguiu melhorar a força que tinha no momento da admissão e no dia após a cirurgia. No período entre a cirurgia e o 1º levante, foram realizados exercícios de RFR e RFM, no sentido de fortalecer e manter a funcionalidade dos membros, principalmente do membro operado.

A dor foi igualmente um parâmetro que melhorou, passando de 7 para 2.

O equilíbrio sentado e em ortostatismo, estático e dinâmico, foi verificado após a cirurgia após o levante e alguns dias da implementação do programa de reabilitação.

O risco de queda aumentou relativamente à admissão, apesar de ser um risco baixo.

A marcha foi possível através de andarilho, o que contribuiu um aumento significativo da autonomia. A pessoa não teve dificuldade em adaptar-se à utilização do andarilho, pelo que se optou por não tentar a utilização de canadianas por receio da queda.

Os exercícios de RFR, RFM, mobilização no leito, levante e transferência do leito para o cadeirão (e vice-versa) em segurança, tendo sempre em consideração determinados movimentos que poderão originar luxação da prótese da anca, foram demonstrados pela pessoa de forma autónoma antes do momento da alta, demonstrando a aquisição dos conhecimentos. O treino de escadas não foi possível de realizar, tendo em conta o auxiliar de marcha utilizado pela pessoa.

4.3. Discussão

Segundo Orem, deverá ser o enfermeiro o profissional responsável por manter com a pessoa em situação de dependência, uma relação terapêutica, respondendo às reais necessidades da pessoa, até serem atingido os objetivos definidos para a pessoa. Estes cuidados assentam num sistema compensatório que pode acontecer em vários níveis: totalmente compensatório, se o enfermeiro substitui a pessoa na realização das AVD; parcialmente compensatório, quando o enfermeiro compensa as limitações da pessoa; e sistema de apoio-educação, quando o enfermeiro fornece apenas algum apoio e orientação na realização das AVD (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

A importância da intervenção do EEER, é ainda reforçada pelo impacto que esta nova situação de vida da pessoa (dependência). Assim, para que a pessoa realize uma transição segura e efetiva, é essencial que, com a ajuda do EEER, a pessoa tome consciência das suas novas circunstâncias de vida como por exemplo as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais (Meleis et al., 2000).

Estes pressupostos teóricos foram comprovados pelos resultados obtidos com a amostra do estado, uma vez que permitiram alcançar vários objetivos, face a uma nova situação de vida dos participantes, tal como a discussão dos resultados irá demonstrar.

Numa primeira análise às características da amostra constatamos que a idade média é de 71,5 anos. Assim, a amostra corrobora com autores como Dias et al (2021), que refere que podemos associar o avançar da idade com o aparecimento de comorbidades associadas a alterações biológicas, morfológicas e fisiológicas, que levam à degeneração osteoarticular, cujo tratamento poderá passar pela via conservadora ou cirúrgica, nomeadamente a artroplastia da anca, em bastantes situações. Por sua vez, também Costa (2019) incluiu no seu estudo com o objetivo de avaliar o risco de queda no idoso um grupo com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. Também no estudo de Sarraf & Borges (2012) encontramos a evidência de que a faixa etária com maior incidência de fratura da anca é entre os 71-90 anos, com cerca de 50% numa amostra de 211 indivíduos, sendo que a queda foi a causa de 82,4% das fraturas (Costa, 2019; Dias et al., 2021; Sarraf & Borges, 2012). Assim, podemos constatar que os estudos relacionados com a pessoa submetida a artroplastia da anca, vai incidir na maioria das vezes sobre a mesma faixa etária.

Se olharmos a variáveis como peso e altura, no caso deste estudo as médias situam-se em 70,75Kg e 1,54m respetivamente, valores idênticos aos de um estudo de 2016 cuja média foi de 74,89 Kg e 1,62 m (Pinto, 2016).

A população incluída neste estudo é maioritariamente reformada (75%), casada (75%), com um nível de escolaridade maioritariamente baixo (75% tem no máximo o 6º ano de escolaridade), um estilo de vida sedentário, com outras patologias associadas, sendo a hipertensão arterial transversal a todos os participantes, sendo a família como principal cuidadora de referência. É possível encontrar estas características para caracterizar as populações de outros estudos como o de Pinto (2016).

Relativamente ao número de dias de internamento, a média situa-se nos 8,5 dias desde o momento da admissão no serviço, até à alta clínica após a intervenção cirúrgica, sendo considerados os dias de espera por tempo operatório nesta média. A média de dias de internamento pode variar na bibliografia tal como obtemos em Pinto (2016), com uma média de 5,43 dias ou como no estudo de Dias et al. (2021) cuja média é de 7 dias. Apesar de apresentarem algumas diferenças relativamente ao número de dias de internamento, é possível verificar que nos últimos anos, houve uma diminuição significativa do número

de dias internamento para este tipo de cirurgia, que num passado recente se situava nas 3 semanas de internamento (Okoro et al., 2013).

No que concerne ao motivo da intervenção cirúrgica, 25% foi por coxartrose, sendo que os restantes 75% foram por queda que resultou em fratura. Devidos às alterações decorrentes do envelhecimento, a queda constitui uma das causas mais frequentes de lesão no idoso, sendo que uma em cada vinte resulta na necessidade de cuidados médicos devido a fratura, com todas as complicações que possam advir de um internamento hospitalar. Estas quedas podem ocorrer por fatores internos como a dificuldade em manter o equilíbrio, ou fatores externos como barreiras arquitetónicas ou calçado inadequado (Gomes et al, 2019). Segundo Palma et al. (2021), a incidência de quedas acima dos 70 anos é de cerca de 42%, representando uma causa comum de internamento hospitalar, com consequências negativas no que se refere às comorbilidades e mortalidade, cujo diagnóstico frequente é a fratura da anca. Tendo por base, o registo de quedas nos serviços de urgência do sistema nacional de saúde (SNS), em Portugal o índice de quedas para a população idosa entre os 68 e os 74 anos era de cerca de 12% para o sexo feminino e 5% para o sexo masculino; e na população acima dos 75 anos apresentava uma taxa de 22% no sexo feminino e 9% no sexo masculino (Costa, 2019).

As fraturas trocântéricas e do colo do fémur, segundo autores como Sarraf & Borges (2012) e Palma et al. (2021) referem que as fraturas do fémur apresentam maior predominância no sexo feminino. Estes são dados corroborados pelo estudo aqui apresentado, cuja amostra é constituída por 75% dos participantes do sexo feminino.

A literatura aponta para uma maior incidência de fraturas da extremidade superior do fémur, no entanto, por se tratar de um estudo orientado para intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa submetida a prótese da anca, não foi considerado relevante o levantamento do local anatómico da fratura (Palma et al, 2021; Saaraf & Borges, 2012).

Sendo o Índice de Barthel um bom instrumento para avaliar a capacidade funcional e o grau de dependência do idoso (Junior et al, 2009), foi utilizado esse instrumento, no sentido de compreender o impacto do programa desenvolvido e implementado, sendo avaliado à entrada (M0), no dia do 1º levante (M1) e no momento

da alta (M2). A média apresentada em M0 é de 40, que corresponde a um nível de dependência grave; em M1 é 27,5 correspondendo a um nível de dependência grave, mais com maior dependência; e em M2 é 66,25 significando um grau de dependência moderado. Estas oscilações de valores do Índice de *Barthel* de M0 para M1 demonstram uma diminuição da capacidade funcional, bem como o aumento do grau de dependência após a intervenção cirúrgica, uma vez que o *score* diminuiu. De M0 para M2 e de M1 para M2 existe um aumento significativo da funcionalidade e do grau de independência do idoso, passando de um grau de dependência grave para dependência moderada, demonstrando que o papel do EEER e a implementação de um programa de reabilitação foi efetivo, tal como Dias et al (2021) já havia comprovado no seu estudo, em que a pessoa obteve um *score* no Índice de *Barthel* superior no momento da alta face ao dia da entrada, após ser submetida a artroplastia total da anca.

Paralelamente ao Índice de *Barthel*, também os valores da Escala de Força de Lower oscilaram, apresentando em 75% dos indivíduos um aumento da força no membro intervencionado, passando de uma força 2/5, que corresponde a força para realizar contração do músculo, porém com incapacidade para vencer a gravidade; passando para uma força de 4/5, ou seja, com força para vencer uma força de gravidade moderada a grave. Nos restantes 25% recuperou 100% da força que tinha no momento prévio à cirurgia, pois neste caso, a cirurgia ocorreu de forma eletiva como estratégia para alívio da dor, e não fruto de uma queda como os restantes participantes do estudo. Acompanhando esta evolução, também o risco de queda diminuiu, passando de uma média de 56,25 (risco de queda elevado) em M0 para uma média de 57,5 em M1, aumentando ligeiramente o risco de queda; e, posteriormente para uma média de 42,2 em M2, correspondendo a um baixo risco de queda. Esta evolução deve-se em grande parte às intervenções implementadas que focaram a força muscular, a mobilidade e capacidade respiratória, tal como afirma Cheung et al. (2018).

Conjuntamente a estes dados, também a nível do equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo, tanto estático como dinâmicos, sofreram alterações. Os resultados apresentados mostram que relativamente ao equilíbrio estático, 100% dos participantes conseguiu adotar a posição de sentado e ortostática estática em M1, conseguindo apenas na posição de sentado o equilíbrio dinâmico. Em M2, 100% dos participantes conseguia manter equilíbrio estático e dinâmico, tanto na posição de sentado, como em ortostatismo.

Também ao nível da marcha, este estudo demonstrou que um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação desenvolvido no sentido de proporcionar o máximo de independência à pessoa, é de suma importância. Os resultados mostram que 75% (3) dos participantes teve alta a deambular de forma autónoma com recurso a auxiliar de marcha andarilho, e 25% a deambular com canadianas, demonstrando uma evolução significativa da distância média percorrida que passou de 1,75m em M1 para uma média de 22,5m em M2. Durante o treino de marcha foram sempre reforçados os ensinamentos relativamente à técnica de utilização do andarilho, bem como os cuidados a ter de forma a minimizar o risco de queda, como a utilização de calçado adequado, eliminação de barreiras e obstáculos, entre outros ensinamentos. O facto de ter sido realizado um levantamento do ambiente para o qual ocorrerá a alta, durante a avaliação inicial, ajudou a seleccionar a informação mais adequada para cada situação.

Relativamente à dor, sabemos que a sua presença é um fator que limita os movimentos, agravando consequentemente o nível de dependência da pessoa, tornando-a incapaz de realizar as AVD (Dias et al., 2021). Nos resultados aqui apresentados, vemos claramente que o nível da dor, avaliado pela Escala Numérica da Dor diminuiu em 100% dos participantes, passando de uma dor média em M0 de 6, para um grau de dor médio de 0,5 em M2. Resultados idênticos ocorreram no estudo de Dias et al., (2021) e de Garção (2019), quando referem que no momento da alta, a pessoa submetida a artroplastia da anca teve uma diminuição da dor (Dias et al., 2021; Garção, 2019).

Os resultados obtidos neste estudo vão ao encontro dos resultados do estudo de Garção & Grilo (2019), nos quais o autor aponta para uma recuperação da capacidade de marcha da pessoa submetida a artroplastia da anca, o que se traduziu numa maior capacidade de satisfação das AVD, aumento de força muscular, equilíbrio, funcionalidade e diminuição da dor (Garção & Grilo, 2019).

Também o facto de os participantes apresentarem uma diminuição do grau de dependência, verificando os valores do Índice de Barthel, vemos que 100% dos participantes aumentaram o grau de independência, fruto das evoluções positivas dos outros parâmetros aqui apresentados como a força e o equilíbrio, contribuiu para um menor défice na realização das AVD, que nesta faixa etária é comum (Heiland et al., 2016).

A elaboração e implementação deste programa de reabilitação foi de extrema importância uma vez que a recuperação da capacidade de realizar a marcha, é a forma da pessoa recuperar a sua independência mais rapidamente, dando a possibilidade de esta realizar as atividades de vida diárias e, conseqüentemente, aumentar a sua qualidade de vida (Dias et al., 2021).

5. REFLEXÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A análise crítico-reflexiva constitui uma estratégia de aprendizagem recorrente, numa perspetiva do conhecimento adquirido e transformado pelo próprio estudante, no seu próprio saber, colocando-o numa dimensão reflexiva, por forma a utilizar a mesma na prática diária do cuidar da pessoa (Marques, Amendoeira & Vieira, 2015).

Durante o percurso efetuado ao longo das semanas nas quais decorreu o ensino clínico, vários foram os momentos de aprendizagem pessoal e profissional, que contribuíram para o crescimento e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, de EEER e de mestre em enfermagem, pelo que, serviram de base para esta análise de competências adquiridas. Os diferentes contextos do ensino clínico, são momentos em que o estudante deve procurar uma abordagem reflexiva, mobilizando os referenciais teóricos para a prática, refletindo sobre a sua importância e fazendo uso desses conceitos na resolução de problemas, para no futuro ter ferramentas que permitam agir de forma adequada em situações similares. Este posicionamento do profissional deve tornar-se uma constante, contribuindo assim, para uma prática diferenciada e mais competente (Rua, 2011).

A unidade curricular “Estágio Final”, permitiu assim, ao promover a presença em vários contextos da prática profissional, estar sujeito a situações que estimularam a mobilização e consolidação de conhecimentos previamente estudados em sala de aula, bem como, a reflexão sobre os conhecimentos, no que se refere aos cuidados à pessoa com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação (Rua, 2011).

Na intervenção à pessoa foi possível prestar cuidados associados a patologias respiratórias, neurológicas, ortopédicas, músculo-esqueléticas, entre outras, transversais

a doentes que se encontravam em diferentes faixas etárias, apesar de uma maior predominância da pessoa idosa, permitindo adquirir competências comuns de enfermeiro especialista, EEER e de Mestre em Enfermagem.

5.1. Competências comuns de enfermeiro especialista

Ao abrigo do Regulamento 140/2019, as competências comuns do enfermeiro especialista, transversais a todas as áreas de especialização de enfermagem, dotam o profissional de uma capacidade acrescida e diferenciada na prestação de cuidados, bem como um domínio no âmbito das competências: técnica, científica e humana, que resultam do desenvolvimento e aprofundar da sua formação e das competências em cuidados gerais que detém. Assim, estas mesmas competências inserem-se em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Gestão dos cuidados; Melhoria contínua da qualidade; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

Relativamente à Responsabilidade profissional, ética e legal, constata-se que a prestação de cuidados foi pautada pelo respeito pelos valores que constam nos seguintes documentos legais: Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, bem como, das normas e procedimentos implementados pela instituição. Assim, os planos de cuidados concebidos e praticados foram ao encontro das reais necessidades da pessoa respeitando valores como a liberdade, dignidade, privacidade, segurança, crenças e autodeterminação, no âmbito da sua singularidade. Inserida na missão da instituição e na política de cuidados da mesma, a pessoa foi sempre o elemento central dos programas implementados, uma vez que o envolvimento da pessoa com o seu processo de recuperação é fundamental. Para tal ser possível, a comunicação e esclarecimentos foram constantes, no sentido de permitir à pessoa manifestar como se sente em relação à sua situação clínica, bem como, proporcionar uma maior liberdade nas tomadas de decisão, (Campos, 2017).

Tendo em conta que foi implementado com fins puramente académicos, o programa de reabilitação foi suportado por um projeto de intervenção elaborado

previamente, submetido à Comissão Científica da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora, tendo obtido a sua aprovação. O programa consiste na conceção e implementação de um programa de reabilitação à pessoa submetida a artroplastia da anca. Durante a sua implementação, o âmbito da sua realização foi sempre transmitido, tendo cada intervenção tido em consideração o respeito pela pessoa, no seu direito à dignidade, individualidade e à não adesão ao programa de reabilitação proposto.

A investigação científica é uma atividade de extrema importância, no sentido em que permite o desenvolvimento de uma determinada disciplina/ciência, na procura de saberes mais aprofundados, permitindo uma melhoria ao nível das tomadas de decisão e da sua aplicação prática. Assim, a investigação em enfermagem apresenta-se como uma importante mais-valia, tendo tradução numa melhoria dos cuidados prestados à pessoa (Martins, 2008).

Sendo a enfermagem uma ciência humana, em que os seus profissionais focam a sua intervenção no bem-estar do outro, a investigação por eles produzida deve seguir vários princípios como: beneficência, ou seja, agindo no interesse da pessoa; da não maleficência, prevenindo e mitigando todo e qualquer risco que possa advir para a pessoa; fidelidade, estabelecendo uma relação de confiança com a pessoa; justiça, prestando cuidados a todo e qualquer sujeito de igual forma; veracidade, expondo as reais circunstâncias à pessoa; e confidencialidade, salvaguardando os dados dos participantes. Além destes princípios, torna-se também essencial, que a investigação decorra num ambiente seguro, salvaguardando sempre o bem-estar do doente. Esta perspetiva ética, deverá acompanhar todo o processo de investigação, desde a formulação da problemática, passando pela escolha da metodologia, análise dos dados e divulgação dos resultados (Nunes, 2020).

No que se refere à Melhoria Contínua da Qualidade, esta encontra-se relacionada com o papel do profissional enquanto agente dinamizador no âmbito das iniciativas institucionais, na área da governação clínica, bem como, está relacionada com o funcionamento do serviço e nos processos de melhoria da prática clínica, promovendo um ambiente propício ao desenvolvimento das equipas e de um ambiente mais seguro (Regulamento N° 140/2019).

A qualidade da intervenção da Enfermagem de Reabilitação, deve seguir um elevado rigor e efetividade, tal como consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação aprovados pelo colégio da especialidade, contribuindo desta forma para ganhos em saúde, ao longo do ciclo vital da pessoa (OE, 2018).

Esta referida qualidade da intervenção da Enfermagem de Reabilitação é mensurada através dos níveis de satisfação que promove, tanto à pessoa, como ao profissional, ao longo de todo o processo do cuidar, pois, desta forma é possível perceber qual o grau de satisfação da pessoa face aos cuidados que lhe foram prestados, servindo assim, como um indicador de qualidade. Esta perspetiva da pessoa é de extrema importância, pois uma maior ou menor satisfação vai ajudar a compreender se as estratégias implementadas carecem ou não de alguma alteração (Ribeiro et al, 2008).

O grau de satisfação relativamente aos cuidados está, numa esmagadora maioria das vezes, relacionado com a autonomia que a pessoa conseguiu alcançar, no entanto, existem outros indicadores da qualidade da intervenção, que o EEER deve ter em conta durante a sua prestação de cuidados, como a criação de um ambiente seguro e propício, uma comunicação eficaz, intervenções direcionadas ao contexto clínico e o envolvimento da pessoa e família. Assim, ao longo de todo o processo do cuidar, o enfermeiro deve ser capaz de realizar uma reflexão crítica da sua intervenção, por forma a compreender se as expectativas de todos os intervenientes no processo, estão a ser cumpridas (Ribeiro et al, 2008).

De forma a fundamentar a minha atuação no meu processo de desenvolvimento, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade dos meus cuidados de enfermagem de reabilitação, procurei adquirir novos conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, bem como através de discussão de matérias e de casos clínicos com a supervisora. As passagens de turno também constituíram um método precioso, apesar de serem momentos informais, de aquisição de conhecimentos, partilha de informação e de aprendizagens conjuntas pois, através deste momento era possível fazer uma organização do trabalho, estabelecimento de prioridades e das necessidades de intervenção. Além da passagem de turno de Enfermagem, também a visita médica constituía um momento

importante de partilha dos programas, resultados esperados e obtidos relativamente à reabilitação dos doentes.

Ao longo do estágio, a minha atuação foi sempre pautada pelos princípios descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação aprovados pelo colégio da especialidade (OE, 2018).

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, esta é uma capacidade que o enfermeiro deve deter, de forma a garantir os melhores cuidados possíveis, utilizando os recursos disponíveis, melhorando a resposta dada às necessidades da pessoa, adaptadas ao seu contexto próprio. Neste sentido, foi possível integrar os momentos diários da visita da equipa multidisciplinar, na qual estavam presentes a equipa médica, fisioterapeuta e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como discutir estratégias a desenvolver com os pacientes. Esta capacidade de articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar é de extrema importância, uma vez que este deve saber procurar a melhor resposta à situação concreta do doente, garantindo a maior qualidade nos cuidados à pessoa, assim o EEER assume uma posição de liderança, fazendo uma gestão adequada dos cuidados e dos recursos de Enfermagem, direcionados para os resultados no doente, diminuição de complicações e a maximização do seu potencial funcional. Desta forma, o EEER deve integrar e orientar a equipa de enfermagem, no sentido de dar continuidade ao plano de cuidados, tendo presente que o programa de reabilitação deve iniciar imediatamente após a admissão do doente (Guerra, 2021).

Sendo o âmbito da intervenção do EEER as necessidades especiais da pessoa em determinado contexto, o profissional deve procurar promover a manutenção, melhoria e maximização da funcionalidade, que se traduzirá num incremento da autonomia e, por consequência, um aumento da qualidade de vida da pessoa (Guerra, 2021).

A aquisição de competências no que concerne ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foi implementada por intermédio do estudo constante dos vários contextos que presenciei ao longo do estágio, a presença nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação: Transversalidade, do CHUA (anexo VII), bem como na produção de uma revisão sistemática da literatura intitulada: “O impacto de um programa

de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca: uma revisão sistemática da literatura”.

O conhecimento produzido pela profissão de enfermagem carece de alguma produção e divulgação. Este fator é assume uma enorme importância pois uma prática baseada na evidência científica, é um fator determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, bem como na capacidade de dar resposta às necessidades dos utentes, aumentando dessa forma a sua autonomia, qualidade de vida e satisfação (Peixoto et al, 2016).

5.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, indica a Enfermagem como a profissão cujo objetivo é o de prestar cuidados de enfermagem ao ser humano. Assim, os conhecimentos científicos e técnicos do enfermeiro são utilizados com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015).

No que concerne à área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação, esta procede a um levantamento das necessidades da pessoa, formula diagnósticos, atua a nível da prevenção e mantém e promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, (Regulamento nº 392/2019).

Assim, e com o objetivo de nortear a ação do EEER, as competências específicas descritas no Regulamento nº 392/2019 são: “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da 6 prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019).

No sentido de desenvolver estas competências, foi implementado um projeto de estágio, que foi de suma importância, pois esse elemento permitiu uma melhor organização dos cuidados prestados às pessoas.

No momento da admissão, foi realizada uma avaliação da pessoa, tendo em conta as necessidades individuais e posteriormente foi elaborado um plano de intervenção. Ao longo da implementação do programa foram sendo realizadas várias avaliações, para perceber se os objetivos do programa estavam a ser alcançados, bem como os ganhos em saúde, tendo como objetivo a maior autonomia possível no autocuidado transferir e, conseqüentemente, uma maior autonomia. No entanto, o foco da reabilitação não deve incidir apenas no momento do internamento hospitalar, mas também numa preparação da transição para o domicílio, através do envolvimento da família e/ou cuidadores de referência, que representam também um elemento importante nesta transição. Desta forma, o EEER deve assegurar que a família está capacitada para dar continuidade ao programa implementado durante o internamento (Andrade, 2009).

A avaliação da pessoa foi feita com recurso a vários instrumentos de avaliação, considerados adequados para os parâmetros a avaliar. A opção das escalas a utilizar durante a prática clínica, deve efetuar-se tendo em consideração a sua capacidade de efetivamente medir o que pretendemos, de forma a comprovar a efetividade das intervenções efetuadas, face a um diagnóstico. Relativamente às escalas a utilizar, estas devem obedecer a determinados critérios: validade, fiabilidade adequada, devendo os resultados ser sensíveis a alterações clínicas relevantes. Além destas características, a escala deverá apresentar utilidade no contexto a aplicar, deve ter a capacidade de efetivamente medir o parâmetro pretendido, deve ser fácil de aplicar, breve e pouco dispendioso. Deve ainda ser passível de ser reproduzido e deve estar validado para o contexto em estudo, para que seja fiável e fidedigna (Sousa et al., 2017).

O projeto de intervenção foi implementado por intermédio de ensinamentos realizados à pessoa e família/cuidadores, demonstrando e treinando os vários exercícios de acordo com as necessidades da pessoa, tendo em conta as limitações da pessoa em realizar determinados exercícios. No caso das pessoas submetidas a artroplastia total ou parcial da anca, os ensinamentos relativamente à intervenção cirúrgica, reabilitação, exercícios a realizar e outros aspetos que a pessoa achasse relevante, foram realizados sempre que possível, no momento pré-cirúrgico, de forma a favorecer a recuperação da pessoa, prevenindo complicações como a luxação da prótese da anca. Esta intervenção precoce é de extrema importância, uma vez que uma consulta pré-operatória contribui significativamente para a diminuição de níveis de stress relacionados à cirurgia, aumento da segurança da pessoa, aumento da probabilidade de a pessoa ter interesse num programa

de reabilitação, bem como contribui para uma acentuada redução do tempo de internamento (Pina & Baixinho, 2020).

Apesar de o programa ser mais direcionado para o doente ortopédico, durante o estágio tive oportunidade de trabalhar com bastantes doentes do foro neurológico, mais propriamente do foro neurocirúrgico. Esta tipologia de doentes é muito interessante no sentido em que a pessoa apresenta alterações do estado de consciência, muitas vezes originando alterações de comportamento associadas a outros défices como a alteração da deglutição, discurso, destreza manual, entre outros, criando mais barreiras ao seu processo de reabilitação. Uma intervenção adequada a nível destes défices, permite, segundo Taveira et al, 2020, uma deteção precoce de alterações e uma avaliação adequada, permite trabalhar com o doente num ambiente mais seguro, diminuir complicações como pneumonia, desidratação, tempo de internamento e taxa de mortalidade (Taveira et al, 2020).

No período pós-operatório, a pessoa deve desenvolver as suas capacidades de acordo com os ensinamentos realizados no período pré-operatório. Neste contexto, o treino de AVD constituiu um momento privilegiado, onde o treino e a realização das atividades na satisfação do autocuidado foram supervisionadas. Assim, o EEER deve, nesta fase, de centrar a sua intervenção na capacidade da pessoa em reter os ensinamentos e de aumentar a sua autonomia na realização das AVD e na tomada de decisão, de forma a tornar-se o mais independente possível (Sousa et al., 2020).

A inclusão da família/cuidador nos ensinamentos, não foi permitida por longos períodos, tendo em conta as restrições impostas no serviço por motivo de pandemia. As visitas foram proibidas por algum tempo, o que dificultou a inclusão dos cuidadores da pessoa em determinados ensinamentos, bem como na continuidade do programa de reabilitação na alta. A estratégia encontrada foi fornecer o máximo de informações relevantes via telefónica. Apesar dessa comunicação, não é possível concluir que a pessoa terá uma continuidade de cuidados no domicílio, uma vez que não é fácil compreender as capacidades, limitações, dúvidas ou outras questões dos familiares (Baixinho et al., 2021).

Tendo consciência prévia da dificuldade em incluir as famílias no programa de reabilitação, durante a intervenção tentou-se compreender quais as barreiras estruturais, arquitetónicas e outras existentes no domicílio da pessoa, de forma a proceder a ensinamentos que ajudassem a minimizar o risco de queda e outras complicações. Sendo a queda uma

das principais causas da perda de autonomia e consequente diminuição da qualidade de vida, decorrente das complicações que a ela pode estar subjacente, a sua prevenção é uma intervenção extremamente importante, pois um ambiente adequado permite à pessoa manter e desenvolver a sua autonomia, bem como a sua independência. Tendo conhecimento que os fatores que interferem com a incidência podem ser intrínsecos como o envelhecimento, refletido em alterações do equilíbrio, diminuição da acuidade visual, mobilidade, força, entre outros; ou extrínsecos como barreiras arquitetónicas, iluminação, mobiliário, entre outros; é importante que o EEER capacite a pessoa a realizar adaptações no seu ambiente, promovendo uma maior segurança (Pereira et al., 2018).

Para o treino da funcionalidade e autonomia da pessoa, foram realizadas intervenções diárias à pessoa, esclarecendo eventuais dúvidas, bem como foi realizado o treino de AVD. Este treino englobou: mobilização no leito, levante, transferência, marcha, utilização do sanitário, cuidados de higiene e vestuário. O treino de marcha foi realizado de forma progressiva e conforme a capacidade da pessoa. Inicialmente era realizado com andarilho, progredindo para canadianas em algumas situações. Por se tratar de uma população mais idosa na maioria dos casos, a utilização de canadianas não foi benéfica, permanecendo com andarilho. Também por a maior parte das pessoas utilizar andarilho, a realização de treino de escadas ocorreu em poucas situações.

O receio da queda, principalmente na população mais idosa, é uma constante, pelo que, o EEER deve trabalhar com a pessoa no sentido de proporcionar um maior equilíbrio e força, através da prática de atividade física diária (Correia et al., 2019).

Desta forma, o EEER deve também, de forma sistemática, avaliar o risco de queda na pessoa. Na realidade que encontrada no serviço, o instrumento utilizado é a Escala de Queda de *Morse* que se encontra validade para a população portuguesa, composta por 6 itens, que nos permitem, através de uma pontuação obtida avaliar o risco de queda da pessoa (DGS, 2019).

A não avaliação do risco de queda, interfere com o programa de reabilitação, uma vez que impede a implementação de estratégias preventivas, diminuindo a realização das AVD e aumentando o imobilismo, devido ao receio da pessoa em deambular. Isto

interfere ainda, diretamente com a qualidade de vida da pessoa, que reduz significativamente (Marques-Vieira et al., 2021).

5.3. Competências de Mestre

Segundo o Decreto-Lei nº 65 de 16 de agosto, o mestre contribui para o desenvolvimento e aprofundar de conhecimentos, produzindo investigação, pondo ao dispor da comunidade científica os seus conhecimentos e a sua perspetiva relativamente a diferentes situações e contextos, integrando a evidência científica nas suas reflexões, partilhando-a com a comunidade académica e científica, demonstrando ainda, capacidade de aprendizagem ao longo da sua vida (Decreto-Lei nº 65/2018).

A evolução tecnológica e científica tem sofrido uma grande evolução nas últimas décadas, pelo que os profissionais devem apostar cada vez mais na sua formação, de modo a manterem o seu conhecimento atualizado. Para esta formação, a produção de estudos científicos que demonstrem as evidências da prática, têm sido um grande contributo, na medida em que permitem o aumento da qualidade dos cuidados prestados e qualidade de vida, bem como, na diminuição de complicações como a mortalidade, entre outros. No entanto, assistimos ainda a uma escassez no que toca à produção e divulgação de estudos levados a cabo pela Enfermagem de Reabilitação, levando a que a sua intervenção e os respetivos resultados clínicos tenham uma menor importância no que toca à evidência científica e à prática clínica.

Assim, desta forma, a formação assume um papel preponderante na qualificação do profissional, dotando-o de competências que lhe permitem dar resposta aos desafios e demandas impostas pelo sistema de saúde, trabalhando sobre as necessidades existentes, gerando soluções de qualidade de acordo com os mais diferentes contextos, tomando um papel de liderança, capacitando os elementos da sua equipa, traduzindo essa transformação num incremento da qualidade dos cuidados prestados e dessa forma, em benefícios para a pessoa (Baixinho et al., 2019; Vieira et al., 2020).

A conceção, implementação, avaliação e tratamento dos dados produzidos pelo projeto de intervenção, bem como toda a pesquisa realizada para a produção de uma

revisão sistemática da literatura, tem em vista a sua publicação, permitiram compreender a importância da investigação para a enfermagem de reabilitação, no sentido em que permitiu aumentar o meu conhecimento, bem como contribuiu para a qualidade dos meus cuidados, através de uma prática suportada pela evidência científica.

O relatório, é também de extrema importância, uma vez que permite uma organização e reflexão dos dados obtidos, neste caso concreto relativamente aos cuidados prestados à pessoa submetida a artroplastia da anca.

Esta reflexão permitiu ainda realizar um exercício de reflexão sobre o meu próprio processo evolutivo e desenvolvimento pessoal e profissional, que marcou de forma indelével os cuidados que irei prestar futuramente.

6. CONCLUSÃO

As circunstâncias da vida têm como principal característica o facto de serem voláteis, o que requer muitas vezes adaptações da pessoa, seja por necessidade ou pela busca de uma satisfação pessoal. Assim, tomou-se a decisão de ingressar no Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, colocando à prova a capacidade de superação de novos obstáculos, pois apesar de não ter uma carreira de enfermagem demasiado longa de momento, colocarmo-nos novamente no papel de estudante e de supervisionado, após a vivência enquanto profissional autónomo, pode constituir uma barreira à procura de novos desafios.

Ao longo deste percurso, a aquisição e desenvolvimento de novas competências teóricas e práticas, permitiu olhar de forma crítica para a minha prática profissional, ajudando a olhar para a pessoa humana e para o processo de cuidados, de uma forma completamente diferente.

Ao mergulhar nos novos saberes e competências, desenvolveu-se a competência de estimular o restabelecimento funcional da pessoa, bem como a prevenção de complicações, pois cada vez mais verificamos que a população mais necessitada de cuidados, fruto do aumento da esperança média de vida, é uma pessoa com cada vez mais

doenças crônicas. Ao envelhecimento estão associadas comorbidades, que podem interferir diretamente com a qualidade de vida da pessoa e suas famílias.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é essencial, seja a nível hospitalar, como comunitário, tem uma enorme importância e relevância. Trata-se de um especialista em enfermagem, com capacidade para diagnosticar precocemente as necessidades da pessoa, bem como atuar a nível da capacitação da pessoa para enfrentar as suas demandas de saúde/doença.

A intervenção do EEER, cujo objetivo é extrair da pessoa o seu máximo potencial funcional e autonomia, é feita a nível da educação para a saúde, nível hospitalar e após a alta, ou seja, ao longo de todo o processo de transição da pessoa e família, comportando-se como um agente ativo da mesma.

A pessoa submetida a artroplastia da anca, necessita da intervenção do EEER no momento pré-operatório, onde em conjunto com a pessoa e a sua família/cuidador, o profissional vai obter os dados que necessita para estabelecer um plano de intervenção direcionado à pessoa; e no pós-operatório, para implementar, monitorizar, avaliar e reformular o plano de intervenção, caso seja necessário.

A realização do projeto de intervenção profissional no contexto do curso, contribuíram para o aprofundar de conhecimentos teóricos e práticos, suportando-se a prática clínica na evidência científica. Por seu lado, a sua implementação permitiu o desenvolvimento de competências específicas de EEER, e, apresentou-se como um desafio significativo, face às condicionantes dos participantes no projeto de intervenção. Apesar dessa dificuldade acrescida, foi possível recolher dados significativos relativamente ao reforço do treino do autocuidado transferir, na pessoa submetida a artroplastia da anca.

A reflexão sobre competências adquiridas e desenvolvidas, permitiu uma análise crítica e reflexiva sobre a minha prática profissional, bem como, do papel a assumir no futuro, no seio de uma equipa multidisciplinar, tanto a nível da gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação, como a nível da gestão de recursos humanos, conflitos e outros desafios.

Apesar de a amostra não ser grande, com o risco de condensar demasiado as características da população, os resultados obtidos permitem perceber que a enfermagem de reabilitação exerce impacto sobre a pessoa submetida a artroplastia da anca, aumentando a sua capacidade de satisfazer as suas necessidades de vida diária, a sua autonomia e independência funcional e, por inerência a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed.). Elsevier.
- Amaro, S. C. F. (2019). *O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. ESS – Dissertações de Mestrado. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2277>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2020). Total Hip Replacement. Orthoinfo. <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/total-hip-replacement/>
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados. *Pensar enfermagem*, 13(1), 61-71. <http://hdl.handle.net/10400.26/23978>
- Andrade, S. R. D., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.
- Araújo, P., Machado, L., Cadavez, D., Mónico, L., Januário, F., Luís, L., & Bártolo, M. (2017). Avaliação da Função e Qualidade de Vida após Artroplastia Total da Anca por Diferentes Vias de Abordagem. *Acta Medica Portuguesa*, 30(9). <https://doi.org/10.20344/amp.7834>
- Arriaga, M.T., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde: Health Literacy Action Plan Portugal. Direção Geral da Saúde. <https://docplayer.com.br/143660310-Plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-health-literacy-action-plan.html>
- Atílio, F.G.C., Suzuki, A.F., Damaceno, D.G., Alarcon, M.F.S., Marin, M.J.S., & Giroto, M.A. (2021). Dormir com mais de 80 anos: características, impactos e estratégias de enfrentamento. *Revista Cuidarte*, 12 (2), 17. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1310>

- Baixinho, C. L., Presado, H., Ferreira, O., & Costa, A.P. (2019). Investigação qualitativa e transferência do conhecimento – do projeto à tomada de decisão? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20197201>
- Baixinho, C., Sousa, L., & Ferreira, O. (2021). Transitional Care in Times of COVID 19: Opportunities for e-Health Interventions. In *Gerontechnology III: Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2020, October 5–6, 2020, Évora, Portugal* (p. 336). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_31
- Barreira, E. M. G. (2015). *Idosos com fratura proximal do fémur. Análise das quedas e alterações funcionais* [Tese de Doutoramento, Instituto Politécnico de Bragança]. ProQuest Dissertações e Teses.
- Britto, I. A. G. D. S., & Marcon, R. M. (2019). Estudios descriptivos y experimentales en contextos aplicados. *Estudios de Psicología*, 24(2), 204-214. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190022>.
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4723-4735. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 773–781. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
- Campos, C. M. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP*, 29(2), 314-321. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170151>

- Caneira, J., & Cabral, R.M. (2009). Lesões traumáticas do aparelho locomotor In Tinoco, A., Rodrigues, A.D., Sousa, A., Morais, A.J.P., Albuquerque, C.M.S., Parente, C., Santos, D., Brandão, D., Rocha, E., Morais, F., Conceição, F., Venda, F., Caneira, J., Justino, I., Gomes, J., Chainça, L., Silva, L.M., Cristina, M., Sá, M.C.L., Moreira, M.H.E.,...Conceição, V.C. (Eds.). *Enfermagem em Ortotraumatologia* (pp 51-93). Formasau
- Chainça, L., Rebelo, O., & Almeida, T. (2009). Fracturas do terço superior do fémur In Tinoco, A., Rodrigues, A.D., Sousa, A., Morais, A.J.P., Albuquerque, C.M.S., Parente, C., Santos, D., Brandão, D., Rocha, E., Morais, F., Conceição, F., Venda, F., Caneira, J., Justino, I., Gomes, J., Chainça, L., Silva, L.M., Cristina, M., Sá, M.C.L., Moreira, M.H.E.,...Conceição, V.C. (Eds.). *Enfermagem em Ortotraumatologia* (pp 186-203). Formasau
- Cheung, W. H., Shen, W. Y., Dai, D. L., Lee, K. B., Zhu, T. Y., Wong, R. M., & Leung, K. S. (2018). Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme for elderly patients with hip fracture: A prospective cohort study. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(3), 285-291. <https://doi.org/10.2340/16501977-2310>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O Treino Propriocetivo e de Equilíbrio Postural no Idoso para a Prevenção de Quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 66 – 77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
- Costa, A. I. F. (2019). *Risco de queda no idoso em contexto comunitário* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio.ipvc.pt <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2204>
- Costa, A. M., Fernandes, J. P., Silva, A. P., Rodrigues, E. B., & da Silva, M. V. (2017). Artroplastia Total da Anca: Estudo Retrospetivo e Comparativo entre a Abordagem Anterior Direta e a Abordagem Posterior: Total Hip Arthroplasty: Retrospective and Comparative Study Between the Direct Anterior Approach and the Posterior Approach. *Gazeta Médica*, 1(4), 26-32. <https://doi.org/10.29315/gm.v4i1.34>

- Cruz, A. Carvalho e Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa, C. Baixinho (Eds.), *Cuidados De Enfermagem À Pessoa com Doença Aguda*. (pp. 761- 785). Lusodidacta
- Cruz, A. G., Gomes, A. M. T., & Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 73-82. <https://doi.org/10.12707/RIV17048>
- Cunha, E. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lidel.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto de 2018. Diário da República n.º 157/2018, Série I. <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Dias, P., Ferreira, R. F., & Messias, P. (2021). A pessoa submetida a artroplastia total da anca por coxartrose: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 18-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.167>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Orientação n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2003b). A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. <https://nocs.pt/registo-sistematico-intensidade-dor/>
- Direção Geral da Saúde. (2003a). Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso, Recomendações para Intervenção Terapêutica. <https://nocs.pt/fracturas-extremidadeproximal-femur-idoso/>
- Direção Geral de Saúde. (2005). Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas-pdf.aspx>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal. Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.

<https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513-518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Ferreira, O. M. R., & Baixinho, C. L. (2021). Estratégias para implementar a transição segura hospital-comunidade e minorar os reinternamentos hospitalares. *Revista Ciências em Saúde*, 11(1), 2.3. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v110i1.1120>
- Ferreira, R. F., Fernandes, M. A., Reis, G., Fonseca, C., Sousa, L., Grilo, E., Bule, M. J., & Vieira, J. V. (2021). Estágio Final – Planeamento De Atividades. Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação.
- Garção, A. I. B. (2019). *Recuperação global e marcha eficaz da pessoa idosa submetida a artroplastia da anca* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29043>
- Garção, A., & Grilo, E. A importância das atividades de ensino e treino nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a artroplastia da anca. *Journal of aging & Innovation*, 8(1), 127-140. <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Gomes, J. M. P. A. (2014). *A pessoa com artroplastia total da anca: atividades de vida diária e qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. repositorio.ipvc.pt <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1324>
- Gomes, J., Soares, C.M., & Bule, M.J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17. <http://DOI 10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Guerra, N. (2021). Dotações seguras na Gestão de Cuidados a Pessoas com Doença Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp.225-232). Lusodidacta.

- Guerreiro, L., & Fernandes, M. E. (2019). Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da pessoa para o autocuidado transferir-se. *Journal of Aging & Innovation*, 8(1), 35-96. <http://journalofagingandinnovation.org/>
- Heiland, E. G., Welmer, A. K., Wang, R., Santoni, G., Angleman, S., Fratiglioni, L., & Qiu, C. (2016). Association of mobility limitations with incident disability among older adults: a population-based study. *Age and ageing*, 45(6), 812-819. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw076>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014, março 28). Projeções da população residente 2012-2060. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2020, março 31). Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Isáfas, F., Sousa, L., & Dias, L. (2012). Noções Gerais da Reabilitação respiratória na Pessoa Submetida a Cirurgia Torácica/Cardíaca/Abdominal, In M. Cordeiro & E. Menoita (Eds.), *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória* (1st ed.), pp 303-314). Lusociência
- Junior, G. D. B. V., Von Stockler, S., & Duvalier, A. M. (2009). AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA BARTHEL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA FALADA NO BRASIL. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 1(2). https://www.researchgate.net/publication/344312923_AVALIACAO_E_VALIDACAO_DA_ESCALA_BARTHEL_PARA_A_LINGUA_PORTUGUESA_FALADA_NO_BRASIL
- Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The mini-mental state examination (MMSE). *Journal of gerontological nursing*, 25(5), 8-9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990501-08>

- Leite, W. B., Silveira, E. M. V., & Kinoshita, A. M. O. (2018). Biomateriais utilizados em artroplastia de quadril. *SALUSVITA*, 37(4), 953-962. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n4_2018/salusvita_v37_n4_2018_art_12.pdf
- Lespasio, M. J., Sultan, A. A., Piuzzi, N. S., Khlopas, A., Husni, M. E., Muschler, G. F., & Mont, M. A. (2018). Hip osteoarthritis: a primer. *The Permanente Journal*, 22(17). <https://doi.org/10.7812/TPP/17-084>
- Lima, A. M. N., da Silva Martins, M. M. F., Ferreira, M. S. M., Schoeller, S. D., & de Oliveira Parola, V. S. (2021). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7). <https://doi.org/10.12707/RV20113>
- Marques, G., Amendoeira, J., & Vieira, M. (2015). Aprendizagens dos estudantes, reflexos de um currículo com vista ao cuidado humano. *Revista da UIIPS*, 3(5), 178-196. <http://hdl.handle.net/10400.14/19785>
- Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Baixinho, C. R. S. L., Reis, M. G. M. D., PérezRivas, F. J., & Sousa, L. M. R. D. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>
- Martins, A. C. D. F. F. (2019). *Qualidade de vida relacionada com coxartrose em idosos, após artroplastia total da anca* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. ProQuest Dissertações e Teses.
- Martins, A. (2006). *Análise da marcha na artroplastia da anca (prótese total da anca não cimentada)* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório-aberto.ip.pt <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1386/1/Martins-A.pdf>
- Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2009). Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 79-92. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239958011>

- Martins, R., & Mesquita, M. F. P. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (50), 239-252. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/9624>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Matos, D. R., & Araujo, T. C. C. F. D. (2009). Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 511-518. <https://www.scielo.br/j/pe/a/jKSVV8ypYMPnH6cLQTRtH4N/abstract/?lang=pt>
- Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Mmotora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.
- Mendonça, J. M. B. D., Abigalil, A. P. D. C., Pereira, P. A. P., Yuste, A., & Ribeiro, J. H. D. S. (2021). O sentido do envelhecer para o idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 57-65. <http://DOI: 10.1590/1413-81232020261.32382020>
- Nabais, A. S. C. (2014). *A promoção do autocuidado na pessoa com DPOC* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16320>
- Natalio, M. A., Oliveira, R. B. D. C., & Machado, L. V. H. (2010). Osteoartrose: uma revisão de literatura. *Revista Digital - Buenos Aires*, (146). <https://www.efdeportes.com/efd146/osteoartrose-uma-revisao-de-literatura.htm>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Departamento de Enfermagem Campus do IPS.

- Okoro, T., Ramavath, A., Howarth, J., Jenkinson, J., Maddison, P., Andrew, J. G., & Lemmey, A. (2013). What does standard rehabilitation practice after total hip replacement in the UK entail? Results of a mixed methods study. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-91>
- Ono, N. K., Lima, G. D. D. A., Honda, E. K., Polesello, G. C., Guimarães, R. P., Ricioli Júnior, W., & Queiroz, M. C. D. (2010). Artroplastia parcial no tratamento das fraturas do colo do fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 45(4), 382-388. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162010000400007>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer n. °12/2011. Lisboa Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/consulte-o-guia-orientador-dedicadoaos-cuidados-%C3%A0-pessoa-com-altera%C3%A7%C3%B5es-da-mobilidadedispon%C3%ADvel-na-%C3%A1-readas-publica%C3%A7%C3%B5es/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 13565–13568.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.

- Palm, H. (2021). Hop Fracture: The Choice of Surgery. In Falaschi, P., Marsh, D., & Giordano, S. *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures* (2nd ed., pp.125-141). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>
- Paniagua, D. V., Ribeiro, M. P. H., Correia, A. M., Cunha, C. R. F., Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2018). Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2264-2271. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
- Parente, C., Ângelo, M., Tinoco, A., Rocha, E., Brandão, D. Cristina, M., & Céu, M. (2009). Artroplastia da anca In Tinoco, A., Rodrigues, A.D., Sousa, A., Morais, A.J.P., Albuquerque, C.M.S., Parente, C., Santos, D., Brandão, D., Rocha, E., Morais, F., Conceição, F., Venda, F., Caneira, J., Justino, I., Gomes, J., Chainça, L., Silva, L.M., Cristina, M., Sá, M.C.L., Moreira, M.H.E.,...Conceição, V.C. (Eds.). *Enfermagem em Ortotraumatologia* (pp 129-163). Formasau
- Peixoto, M. J., Pereira, R. P. G., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, M. D. C. (2017). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In Abreu, M., Vilar, A.I., Cantante, A.P., Borges,E., Araújo, F., Bastos, F., Teixeira, M., Peixoto, M.J., Sousa, M.R., Freire, R.M., Martins, T., & Ribeiro, T.T., *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações* (1st ed., pp56-34). <https://hdl.handle.net/1822/49457>
- Pereira, R. S.S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66-72. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico: Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de

Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*, 42-47.
<https://hdl.handle.net/1822/13637>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como Dimensão Relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67–75). LIDEL.

Pina, B. M. V., & Baixinho, C. L. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42-48. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758

Pina, J.A.E. (2017). *Anatomia Humana da Locomoção* (5 ed.). Lidel

Pinto, V. M. P. (2016). *Efeitos de um programa de reabilitação instituído a pessoas submetidas a artroplastia total da anca* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança] ProQuest Dissertations Publishing.
<http://hdl.handle.net/10198/13077>

Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, 85, 13565-13568.
<http://www.aenfermagemleis.pt/2019/05/03/regulamento-dascompetencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-de-reabilitacao-ordemdos-enfermeiros>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, 26, 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de vida. In L. Sousa & C. Marques-Vieira (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação á pessoa ao longo da vida* (pp. 57-65). Lusodidacta

Ribeiro, O. D. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*, (35). <http://hdl.handle.net/10400.19/357>

- Rua, M. (2012). A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. *Xornada de Innovación Educativa 2011*, 69-78. https://www.researchgate.net/profile/Marilia-Rua-2/publication/324759575_A_REFLEXAO_COMO ESTRATEGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLINICO/links/5ae0eb2ea6fdcc91399ec2ef/A-REFLEXAO-COMO-ESTRATEGIA-DE-DESENVOLVIMENTO-DE-COMPETENCIAS-EM-CONTEXTO-DE-ENSINO-CLINICO.pdf
- Ruaro, A. F. (2004). *Ortopedia e traumatologia: temas fundamentais e a reabilitação* (1ª ed). Ed. do autor.
- Sabino, L. I. D. S. (2018). *Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23221>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da Formação à Prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging and Innovation*, 6(1), 51-54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, E., Lourenço, A., Barros, E., Farias, P., Melo, I., & Araujo, M. (2020). Contributos Teóricos da Teoria do Autocuidado para a Profissão de Enfermagem. *Congresso Internacional de Produção Científica Em Enfermagem*.
- Santos, J. P. M., Andraus, R. A., Pires-Oliveira, D. A., Fernandes, M. T., Frâncica, M. C., Poli-Frederico, R. C., & Fernandes, K. B. (2015). Análise da funcionalidade de idosos com osteoartrite. *Fisioterapia e Pesquisa*, 22(2), 161-168. <http://DOI:10.590/1809-2950/13922922022015>
- Sarraf, E. M. (2012). PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM FRATURA DE QUADRIL INTERNADOS EM UM HOSPITAL NA CIDADE DO SALVADOR, BAHIA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(4), 1053-1053. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n4.a376>

- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2nd ed.). Lidel.
- Serra, L. (2001). *Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia*. (2nd ed.). Lidel.
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>
- Silva, J. M. A. V. (2011). *Necessidades de informação do doente submetido a artroplastia total da anca: contributo do enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. [repositorio-aberto.up.pt](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71917/2/30602.pdf)
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71917/2/30602.pdf>
- Silva, L. A. G. P. D., & Mercês, N. N. A. D. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1194-1197. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- Sousa, L. & Carvalho, M. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 421-428). Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 113-121). Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Taveira, I., Silva, S., Bonança, I., Parreira, D., & Antunes, C. (2020). Recognizing Dysphagia: implementation of in-hospital screening protocol. *Irish Journal of Medical Science*. 190, 605-608. <https://doi.org/10.1007/511845-020-02371-8>

- Teixeira, J. C. A. (2013). *Aprender a viver com prótese da anca: num internamento de ortopedia*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Saúde do Norte]. Repositorio.cespu.pt <http://hdl.handle.net/20.500.11816/2139>
- Tinoco, A., Rodrigues, A., Sousa, A., Morais, A., Albuquerque, C., Parente, C., Santos, D., Brandão, D., Rocha, E., Morais, F., Conceição, F., Venda, F., Caneira, J., Justino, I., Gomes, J., Chainça, L., Silva, L., Cistina, M., Sá, M., & Conceição, V. (2009). *Enfermagem em Ortotraumatologia* (2 ed.). Formasau.
- Vieira, A.C.G., Gastaldo, D., & Harrison, D. (2020). Como traduzir conhecimento à prática? Conceitos, modelos e aplicação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. <http://www.who.int/hpr/>
- World Health Organization. (2022). *World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

ANEXO I – MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabê-las de cor”.

Pera _____

Gato _____

Bola _____

Nota _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_24_21_18_15

Nota _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pera _____

Gato _____

Bola _____

Nota_____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”

Nota_____

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota_____

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar o cartão com a frase bem legível,

“FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota_____

e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE:

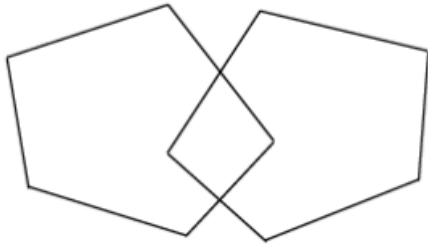
Nota_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar

com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



TOTAL (máx. 30 pontos):

—

Escala de **normalidade** em função da escolaridade:

Literacia de 0 a 2 anos ≥ 22

Literacia de 3 a 6 anos ≥ 24

Literacia superior ou igual a 7 anos ≥ 27

ANEXO II – Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*

Escala de Avaliação de Força Muscular de *Lower*

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra gravidade e alguma resistência
3/5	Raio de movimento completo contra gravidade, mas não contra resistência
2/5	Movimento das extremidades, mas não contra gravidade
1/5	Contração palpável ou visível, sem movimento
0	Sem contração muscular e sem movimento

ANEXO III – Avaliação da Escala Simples de Equilíbrio

Escala Simples de Equilíbrio

Escala Simples de Equilíbrio				
Data	Sentado		De pé	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
dd/mm/aaaa	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído
dd/mm/aaaa	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído
dd/mm/aaaa	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído
dd/mm/aaaa	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído	Mantido/Diminuído

ANEXO IV – Índice de *Barthel*

Índice de *Barthel*

Alimentar-se	0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente
Banho	0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)
Higiene pessoal	0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear
Vestir-se	0 = dependente 5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)
Evacuar	0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente
Urinar	0 = incontinente ou algaliado 5 = episódios ocasionais 10 = continente
Uso de sanitário	0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)
Transferência (cama / cadeira)	0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente
Mobilidade (deambulação)	0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50m 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50m
Escadas	0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente

Numa escala de 10 itens o total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de:

- 0-20 - Dependência total;
- 21-60 - Grave dependência;
- 61-90 - Moderada dependência;
- 91-99 - Muito leve dependência;
- 100 - Independência.

ANEXO V – Escala de Queda de *Morse*

Escala de Queda de *Morse*

Item	Pontuação
1. Historial de quedas: neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia endovenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Classificação:

- Sem risco (0 e \leq 24 pontos);
- Baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos);
- Alto risco (\geq 51 pontos).

ANEXO VI – Resumo do artigo “O impacto de um programa de reabilitação na pessoa submetida a artroplastia da anca: uma revisão sistemática da literatura”

O Impacto de um Programa de Reabilitação na Pessoa Submetida a Artroplastia da Anca: uma Revisão Sistemática da Literatura

The Impact of a Rehabilitation Program on People Undergoing Hip Arthroplasty: A Systematic Review of the Literature

Fábio Antunes¹, Rogério Ferrinho Ferreira²[0000-0001-5180-2036], Mariana Anileiro³, Rita Monteiro⁴

^{1,3} Master Student, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, Portugal.

² Polytechnic Institute of Beja, Researcher POCTEP 0445_4IE_4_P

⁴ Rehabilitation Specialist Nurse, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, Portugal.

RESUMO

Introdução: A capacidade funcional da pessoa submetida a artroplastia da anca fica seriamente comprometida, na medida em que o procedimento cirúrgico obriga a períodos alargados de repouso. Assim, no sentido de promover a autonomia e uma maior independência, é essencial capacitar o indivíduo para a satisfação das suas atividades de vida diárias, através de um conjunto de intervenções e estratégias, direcionados à reeducação funcional, trabalhando aspetos como a mobilidade, transferência, locomoção, autocuidado, entre outros. O processo de reabilitação tem como objetivo maximizar o potencial funcional da pessoa, envolvendo-a no processo, bem como a sua família, para a obtenção de ganhos em saúde. **Objetivo:** realizar análise de artigos científicos relacionados com o impacto e efetividade de um programa de reabilitação na capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca. **Metodologia:** revisão sistemática da literatura de artigos científicos encontrados nas bases de dados: *B-On*, *PubMed* e *EBSCOhost*. A pesquisa foi limitada ao período entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, bem como foram considerados apenas estudos disponíveis em *full text*, em português, inglês e espanhol, que abordassem a relação entre a aplicação de um programa de reabilitação e ganhos em termos funcionais, na pessoa submetida a cirurgia da anca. **Resultados:** a amostra final foi constituída por 4 artigos, sendo que todos evidenciaram que as pessoas submetidas a artroplastia da anca, ao serem incluídas em programas de reabilitação apresentaram ganhos significativos no que concerne à estabilidade postural e mobilidade, bem como, uma maior autonomia na satisfação das atividades de vida diárias e uma diminuição do período de internamento hospitalar. Os artigos dão particular foco na mobilização precoce do membro intervencionado, como sendo um dos principais fatores

do sucesso no programa de reabilitação. **Conclusão:** um programa de reabilitação adequado contribui para uma melhoria significativa a nível da mobilidade da pessoa, permitindo uma maior autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Ortopedia; Atroplastia da Anca

**ANEXO VII – Certificado de presença nas 1^ªs Jornadas de Enfermagem de
Reabilitação: Transversalidade, do CHUA**

Certificado

Certifica-se que **Fábio da Silva Afonso Fortunato Antunes** participou nas **1^{as} Jornadas de Enfermagem de Reabilitação “Transversalidade” do Centro Hospitalar Universitário do Algarve** que decorreram nos dias 22 e 23 de novembro de 2021, das 8h30 às 18h00, na Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve.

Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos

Enfermeira Diretora